

Université de Montréal

Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles
satisfaites des soins maternels reçus?

Par

CHRYSTELLE KIMBEMBI MPEMBELE

Département de médecine sociale et préventive / École de Santé Publique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)

en santé Publique, option Recherche

Mai, 2020

© Chrystelle Kimbembé Mpembele, 2020

Université de Montréal

Département de médecine sociale et préventive / École de Santé Publique

Ce mémoire intitulé

Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins maternels reçus?

Présenté par

Chrystelle Kimbembi Mpembele

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Kate Zinszer

Président-rapporteur

Marie Hatem

Directrice de recherche

Thomas Druetz

Membre du jury

Résumé

Contexte

La satisfaction du patient est un indicateur de la qualité des soins et un déterminant important de l'utilisation des services maternels. Son évaluation permet d'identifier des aspects qui doivent être renforcés pour accroître la qualité des soins et permettre une meilleure utilisation des services. Il y a une lacune de données en République Démocratique du Congo (RDC) sur la satisfaction des femmes à l'égard de la qualité des services maternels. Objectif : explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels en RDC ainsi que les facteurs associés à leur perception de la qualité des soins reçus.

Méthodes

Il s'agit d'une étude phénoménologique descriptive et interprétative. Quinze (15) entrevues semi-dirigées et quatre (4) groupes de discussion ont été réalisés avec des femmes sélectionnées selon un échantillonnage intentionnel à variation maximale dans deux hôpitaux de la zone de santé de N'Djili en RDC. L'analyse de contenu des verbatims a été faite à l'aide du logiciel QDA Miner version 5.0.19.

Résultats

La quasi-totalité des femmes est satisfaite des soins reçus. Les aspects les plus déterminants dans cette satisfaction sont une bonne issue des soins ainsi qu'une bonne perception des compétences, attitude et disponibilité des prestataires. Cependant, la malpropreté des lieux, la négligence dans la prise en charge, la mauvaise gestion de la douleur du travail d'accouchement et les frais imprévus ont été des sources d'insatisfaction des soins.

Conclusion

Les femmes participantes semblent satisfaites à l'égard des soins maternels, mais cette satisfaction cache de nombreuses failles dans la qualité en termes de prise en charge et des relations interpersonnelles. Les interventions devraient cibler ces aspects pour accroître la qualité des soins maternels.

Mots-clés : satisfaction du patient, services de santé maternelle, qualité perçue des soins maternels, groupes de discussions, entrevues semi-dirigées, phénoménologie, République Démocratique du Congo

Abstract

Context

Patient satisfaction is an indicator of quality of care and an important determinant of the use of maternal services. Its evaluation allows the identification of the aspects of healthcare that should be reinforced to increase the quality of care and allow a better use of the services. There is an insufficient data in the Democratic Republic of Congo (DRC) on women satisfaction with maternal services. Objective: explore the satisfaction of women who attend maternity care services in the DRC as well as the factors associated with their perception of the quality of care received.

Methods

It is a phenomenological descriptive and interpretative study. Fifteen (15) semi-structured interviews and four (4) focus groups were conducted with women selected according to an intentional sampling in two hospitals of N'djili health area in the DRC. The analysis of the content of the verbatim has been done using QDA Miner software version 5.0.19.

Results

Almost all of the women are satisfied with the care received. The most determining aspects of this satisfaction are the good issue of healthcare as well as a good perception of the skills, attitude and availability of the service providers. However, the environment's uncleanliness, the personnels' neglect of care, the bad management of the pain during birth and the unexpected costs were some sources of dissatisfaction with care.

Conclusion

The participating women showed enough satisfaction with perinatal services, but this satisfaction hides many flaws in the quality in terms of healthcare and interpersonal relationships. The interventions should target these aspects to increase the quality of maternal healthcare.

Keywords: Patient Satisfaction, Maternal Health Services, Quality of Maternal Health Care, Focus groups, semi-structured interviews, phenomenology, Democratic Republic of the Congo.

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des sigles et abréviations	10
Remerciements	12
Chapitre 1 – Introduction	14
Structure générale du mémoire	14
Problématique	14
Chapitre 2 – Recension des écrits	19
Définitions	19
Mesure de la satisfaction maternelle dans les pays en développement	21
Facteurs associés à la satisfaction des femmes	22
Structure des soins	22
Processus des soins	26
Résultats des soins	29
Utilisation ultérieure des services	30
Satisfaction et aspects culturels	30

Résumé de la littérature	30
Intérêt de la présente recherche.....	32
Chapitre 3 – Cadre conceptuel et objectifs de l’étude	34
Cadre conceptuel.....	34
Objectifs de l’étude	36
Chapitre 4 – Méthodes.....	38
Posture philosophique.....	38
Type d’étude.....	39
Site d’étude.....	40
Population à l’étude et échantillonnage	42
Collecte des données.....	44
Traitement et analyse des données	47
Critères de scientificité	50
Vérification.....	50
Validation	50
Validité	50
Considérations éthiques.....	52
Chapitre 5 – Article scientifique	53
Résultats	70
Caractéristiques des participantes.....	70
Satisfaction des soins reçus par les participantes	72
Utilisation ultérieure des FOSA.....	85

Discussion	86
Force et limites de l'étude	95
Chapitre 6 – Discussion générale	106
Contribution de l'étude	108
Avenues de recherche	109
Défis rencontrés.....	110
Conclusion générale et recommandations	111
Conclusion générale	111
Recommandations.....	111
Références bibliographiques.....	114
Annexes	127
Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement pour entretien approfondi	128
Annexe 2. Formulaire d'information et de consentement pour Groupe de discussion.....	133
Annexe 3. Guide d'entretien approfondi pour les femmes nouvellement accouchées	138
Annexe 4. Guide de discussion pour les anciennes accouchées	143
Annexe 5. Guide de discussion pour les femmes enceintes	148
Annexe 6. Fiche synthèse entrevue semi-dirigée.....	153

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste des variables quantitatives et leurs définitions opérationnelles.....	46
Tableau 2. Cadre thématique de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels dans la ZS de N'Djili-RDC, 2019-2020	49

Article scientifique

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des mères	71
Tableau 2. Caractéristiques obstétricales des mères.....	72

Liste des figures

Figure 1. Définition de la satisfaction maternelle adaptée de Tunçalp et al. (2015).....20

Figure 2. Cadre conceptuel adoptant le cadre de Donabedian (1988) pour l’exploration de la satisfaction et de la perception par les femmes de la qualité des services et des soins maternels36

Article scientifique

Figure 1. Cadre conceptuel adoptant le cadre de Donabedian (1988) pour l’exploration de la satisfaction et de la perception par les femmes de la qualité des services et des soins maternels 61

Figure 2. Carte conceptuelle de la satisfaction et de la perception de la qualité des services et des soins maternels par les participantes94

Liste des sigles et abréviations

AOR	Odds Ratio Ajusté
AS	Aire de Santé
CPN	Consultations Prénatales
CPON	Consultations Postnatales
CS	Centre de Santé
DPS	Division Provinciale de Santé
FOSA	Formation Sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNS	Politique nationale de la Santé
RDC	République Démocratique du Congo
ZS	Zone de Santé

À mes chers parents, Nsimba Ntema Alphonsine et Mpembele Ndongala Léonard, pour leur amour, leurs sacrifices, leurs conseils et leurs prières tout au long de mes études,

À mes sœurs et mon frère, Merveille Mpembele Nsaka, Blondelle Mpembele Ntadisa, Mamie Mbala et Janvion Mpembele Leka, pour leurs conseils, leur soutien moral et leur encouragement,

Que ce travail soit le fruit de votre amour et de votre soutien infailible.

Merci d'être là pour moi.

Remerciements

Au terme de la rédaction de ce mémoire qui sanctionne la fin de notre formation de maîtrise en santé publique, nous tenons à adresser nos sentiments de profonde gratitude à l'Éternel Dieu tout puissant pour le don de la vie qui nous a permis de réaliser ce travail.

Nous remercions sincèrement le corps professoral de l'École de Santé publique de l'Université de Montréal pour nous avoir donné une formation de qualité incontestable au travers les facilitateurs qui se sont toujours montrés disponibles pour répondre à nos préoccupations et nous guider vers la réussite de notre programme ainsi que notre insertion dans la vie professionnelle.

Nous remercions très particulièrement la professeure Marie Hatem qui avait cru en notre capacité de réaliser ce projet de recherche et qui avait donc accepté de nous encadrer pour le mener à bien. Sa promptitude, sa rigueur scientifique et sa dextérité nous ont été d'un grand bénéfice. Au travers elle, nous remercions également toute l'équipe des facilitateurs des séminaires de recherche en santé des populations de la session d'Hiver 2019, les professeurs Yan Kestens, Gabriel Girard et Gregory Moullec pour les différents échanges, suggestions d'améliorations de ce projet au moment de sa conception. Que chacun trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous profitons également de cette page pour exprimer notre gratitude à tous les collègues de la promotion de la session Hiver 2019 pour leur contribution en termes de partage de temps et des sacrifices consentis ensemble.

Nous remercions aussi le Programme Canadien de Bourses de la Francophonie pour avoir financé notre formation et ce projet de recherche, mais aussi pour leur soutien moral tout le long de notre parcours universitaire.

Nous remercions enfin les autorités sanitaires de la zone de santé de N'Djili ainsi que toutes ces femmes, participantes à la présente étude, pour leur collaboration et disponibilité sans lesquelles la collecte de données n'aurait pas abouti.

Chapitre 1 – Introduction

Structure générale du mémoire

Le présent mémoire qui sanctionne la fin de notre parcours de maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Montréal présente les résultats d'une étude sur la satisfaction des femmes en santé maternelle en République Démocratique du Congo (RDC). Cette section présente la structure établie pour réaliser l'étude et la rédiger dans ce travail.

Ainsi, nous présenterons d'abord la problématique au cœur de cette étude, son importance dans le domaine de la santé publique ainsi que sa pertinence pour le contexte particulier de la RDC. Ensuite, nous présenterons la recension des écrits disponibles sur le sujet, le cadre conceptuel qui en ressort ainsi que les objectifs de l'étude qui se dégagent de ce cadre de référence, donc de ce qui est connu et moins connu en la matière. Nous enchaînerons avec les aspects méthodologiques appliqués pour l'atteinte des objectifs de notre étude. Les résultats trouvés seront par la suite présentés et discutés dans un article scientifique qui sera soumis prochainement au journal Santé Publique. Enfin, une discussion générale revient sur certains points importants de l'étude et surtout sur sa contribution dans la production des nouvelles connaissances ainsi que les perspectives d'avenir. Il est évident que le lecteur pourrait avoir l'impression de lire des données redondantes; ceci est lié au format du « mémoire par article » qui doit se tenir par lui-même tout en présentant la totalité du mémoire.

Problématique

Le ratio de mortalité maternelle est l'un des indicateurs clés de l'état de santé d'une population (Organisation Mondiale de la Santé, 2015a). En 2015, la communauté mondiale avait renouvelé son engagement à réduire de manière significative le nombre de décès des mères en ramenant le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes (NV) d'ici 2030 (Farigoul, s. d.). Des progrès significatifs sont enregistrés dans plusieurs pays, mais ils

restent bien en deçà de l'objectif visé. En effet, la mortalité maternelle demeure très élevée au niveau mondial avec des disparités entre les pays (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Environ 830 femmes décèdent chaque jour, au niveau mondial, de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. La quasi-totalité de ces décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié (51%) en Afrique subsaharienne (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

La plupart des décès maternels sont dus à des causes évitables ou à des comportements modifiables. Trois à quatre décès sur cinq pourraient être évités par une assistance d'un personnel soignant qualifié avant, pendant et après l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cependant, les pays à faibles revenus font face à des difficultés qui sont liées souvent à l'absence d'une couverture universelle en soins maternels de qualité ainsi qu'à une limite à l'accessibilité et à l'utilisation des services (Broek & Graham, 2009; Organisation Mondiale de la Santé, 2018; Yesuf et al., 2014). L'une des raisons de la faible utilisation des services maternels dans les pays en développement est la préférence des lieux de prestation. Cette dernière est notamment fonction de la perception de la qualité des soins par les utilisatrices (Agus & Horiuchi, 2012; Birmeta et al., 2013; Ebuehi & Akintujoye, 2012; Okafor et al., 2014; Okedo-Alex et al., 2019; Okonofua et al., 2017).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme :

La capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations d'améliorer les résultats de santé souhaités. Pour atteindre cet objectif, les soins doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur la personne (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

Cette dernière composante de la qualité de soins telle que définie par l'OMS suggère que l'on tienne compte des préférences, des besoins et des valeurs des utilisatrices ainsi que de la culture de leur communauté. Cette définition tient compte non seulement de la qualité objective de la

prestation des soins, mais aussi de la qualité subjective des soins selon l'expérience des femmes et de leurs familles (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Il y a un consensus croissant sur le fait que la satisfaction est un indicateur de la qualité subjective des soins, car les attentes et les besoins des femmes peuvent différer de celles des prestataires de soins (Creanga et al., 2017; Sitzia & Wood, 1997; Tunçalp et al., 2015). Plusieurs études ont démontré le lien entre la satisfaction des femmes et l'utilisation ultérieure des services. En effet, un niveau de satisfaction élevé des femmes permet d'envisager un retour dans un hôpital particulier et de respecter les prescriptions pour un traitement recommandé (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Kifle et al., 2017; M. E. Kruk et al., 2008; Lewis et al., 2016; Mocumbi et al., 2019; Paudel et al., 2015; Solnes Miltenburg et al., 2018). Le contraire n'est pas nécessairement vrai c'est-à-dire une forte utilisation ne cache pas nécessairement une bonne qualité des soins reçus. Des études ont démontré que certaines caractéristiques des femmes tels que l'âge, le niveau économique ou le niveau d'instruction déterminent les niveaux d'attentes des femmes. Ces dernières utilisent souvent des services qui sont disponibles même si elles ne leur perçoivent pas la bonne qualité (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006; Waldenström & Rudman, 2008). D'autres femmes sont plus influencées par leur survie ou par celle de leur enfant et ne se préoccupent pas des aspects de la qualité moins satisfaisants (Ajayi, 2019). Il est donc important de comprendre comment les femmes conçoivent leur satisfaction des services reçus autour de la maternité ainsi que leur perception de la qualité des soins reçus à l'occasion de ces services.

L'évaluation de la satisfaction est importante pour les professionnels de santé, les administrateurs et les décideurs politiques, car la rétroaction permet de déterminer les aspects de soins qui doivent être renforcés ainsi que les obstacles qui doivent être réduits selon le contexte de chaque pays. Ainsi, une telle appréciation génère des changements positifs dans la qualité de la prestation des services (Batbaatar et al., 2015; Lewis et al., 2016).

En RDC, la mortalité maternelle a légèrement reculé pendant la période des objectifs du millénaire pour le développement (1289 décès pour 100 000 NV en 2001 à 846 en 2013). Elle

reste cependant très élevée, largement au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne et de celle des pays à faible revenu qui ont respectivement 546 et 496 décès pour 100 000 NV (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014). Pourtant, la RDC affiche de meilleures statistiques en ce qui concerne les indicateurs en matière d'utilisation des services de soins maternels (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014). Ce contraste entre le taux élevé de mortalité maternelle et la forte utilisation des services pourrait suggérer des problèmes de la qualité des soins et des services offerts.

Plusieurs enquêtes ont fait mention de la faible qualité de soins en RDC à l'instar de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2010 (Institut National de la Statistique et al., 2010). En outre, l'analyse des déterminants d'une bonne couverture sanitaire réalisée avec l'outil EQUIST (Equitable Impact Sensitive Tool) (Ministère de la Santé Publique, 2017b) avait montré que la qualité des soins maternels était le déterminant le plus sévèrement atteint comparé aux autres qui sont la disponibilité des services, leur accessibilité géographique et financière, leur acceptabilité socioculturelle, leur première utilisation et leur continuité. Selon la même analyse, l'offre de services et leur utilisation étaient bonnes, respectivement 60% et 70%, mais leur qualité technique était faible, soit 14% (Ministère de la Santé Publique, 2017b). Le plan de développement national de la santé (PNDS-RDC) 2016-2020 avait aussi souligné la persistance de cette faible qualité des soins et des services offerts dans les différentes formations sanitaires (FOSA) de la RDC (Ministère de la santé publique, 2016).

Pour améliorer la qualité, il faut tout d'abord la mesurer et connaître les facteurs qui l'influencent. L'intérêt pour l'évaluation de la satisfaction des femmes est assez récent en Afrique (Srivastava et al., 2015). Selon la théorie de l'humain en devenir, seule la personne peut décrire ce que représente pour elle la qualité de vie (Hofstetter et al., 2015). La signification accordée à une expérience de santé est un phénomène subjectif, personnel, mais qui est fortement influencée par les vécus des autres par des échanges (Parse, 2003). Cette signification est exprimée par le

discours de la personne qui vit l'expérience. Or, actuellement, la question de la qualité des services et des soins en RDC n'a largement concerné que la qualité objective vue sous l'angle des professionnels de santé. Il n'existe, à notre connaissance, aucune étude qui a évalué systématiquement la satisfaction des femmes quant à leur utilisation des services de santé maternels et leur perception de la qualité des soins reçus. La présente étude a pour objectif d'explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels en RDC ainsi que les facteurs associés à leur perception de la qualité des services et des soins reçus afin de faire l'éclairage sur le paradoxe qui existe entre la forte utilisation et la forte morbidité et mortalité qui caractérise le pays. L'étude a pour but ultime de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par une meilleure compréhension des critères d'acceptabilité des services maternels.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce chapitre présente une revue de la littérature disponible sur la satisfaction des femmes quant aux soins maternels dans les pays en développement. Il définit la satisfaction en général et dans sa relation avec la qualité perçue par les bénéficiaires. Il décrit les niveaux de satisfaction dans différents pays et dans un même pays pour différentes études. Ensuite, il aborde les déterminants et les composantes de cette satisfaction, le lien entre la satisfaction et l'utilisation des services, l'influence des aspects culturels sur la satisfaction. Un résumé critique de cette littérature est présenté à la fin de ce chapitre ainsi que les lacunes que notre étude cherche à combler.

Définitions

La qualité des soins est une question importante pour réduire de façon significative la fréquence et la gravité des problèmes dont souffrent les mères, mais surtout pour réduire les taux de mortalité maternelle élevés qui caractérisent la plupart des pays en développement (De Brouwere et al., 1998; M. Kruk et al., 2017; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). L'OMS définit la mortalité maternelle comme :

Le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent l'interruption d'une grossesse pour une cause quelconque liée à la grossesse, aggravée par celle-ci ou liée à sa prise en charge, mais non pas pour des causes accidentelles ou fortuites (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

La stratégie qu'elle préconise pour réduire le nombre de ces décès est l'accouchement assisté qui consiste à ce que chaque naissance se déroule en présence d'un personnel soignant qualifié comme un médecin, une sage-femme ou un infirmier (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cependant, l'utilisation des services pose un problème dans de nombreux pays en développement (Broek & Graham, 2009; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Celle-ci est fonction de plusieurs facteurs dont la satisfaction du patient apparait comme le plus important (Agus & Horiuchi, 2012; Birmeta et al., 2013; Tesfaye et al., 2016; Tunçalp et al., 2015). En effet,

des études ont démontré qu'une satisfaction actuelle des services de soins de santé garantit un retour dans une FOSA particulière et aussi une bonne observance (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Batbaatar et al., 2015; Kifle et al., 2017; M. E. Kruk et al., 2008; Lewis et al., 2016; Mocumbi et al., 2019; Paudel et al., 2015; Solnes Miltenburg et al., 2018).

La satisfaction du patient peut être définie comme « le résultat du jugement de la comparaison par la personne, de la qualité perçue du service reçu, à ses attentes avant le service rendu » (figure 1) (Tunçalp et al., 2015). Celle-ci est un aspect important de la qualité perçue qui est « la perception de performance des prestations de services » (Tunçalp et al., 2015). La satisfaction du patient est une question importante pour l'amélioration de l'accès aux soins maternels et de leur qualité (Batbaatar et al., 2015; Lewis et al., 2016). Elle permet aux professionnels de santé et aux décideurs d'orienter leurs actions pour générer des changements positifs dans la qualité de la prestation des services (Batbaatar et al., 2015; Lewis et al., 2016). L'intérêt pour l'évaluation de la satisfaction des femmes pour les soins maternels est assez récent dans les pays en développement, mais la littérature sur ce sujet est assez riche; elle utilise plus une approche quantitative et rarement les approches qualitatives ou des études mixtes (Srivastava et al., 2015).

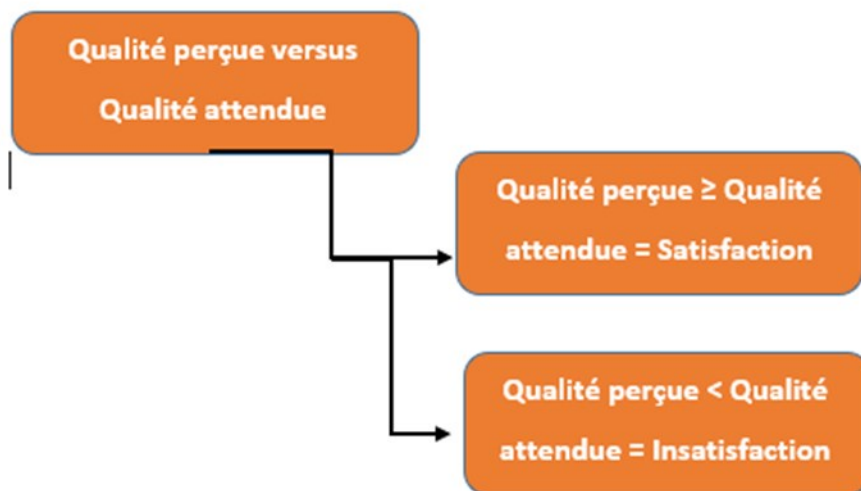


Figure 1. Définition de la satisfaction maternelle adaptée de Tunçalp et al. (2015)

Mesure de la satisfaction maternelle dans les pays en développement

La plupart des auteurs des études quantitatives ont utilisé une échelle de Likert créée à partir des éléments du cadre de Donabedian et presque tous ont procédé par des entrevues de sortie de visites prénatales ou postnatales pour mesurer la satisfaction. Le niveau de satisfaction des femmes varie selon les pays ou les études (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Demas et al., 2017; Getenet et al., 2019; Gitobu et al., 2018; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014; Okonofua et al., 2017; Onyeajam et al., 2018). Dans la majorité des pays en développement, une grande proportion des femmes sont satisfaites des soins maternels reçus. En effet, des études menées en Éthiopie, au Nigéria, au Népal, en Égypte et en Mozambique ont révélé que le niveau de satisfaction des femmes à l'égard des services et soins maternels étaient de 84,7%, 90,2%, 79,7%, 90,0%, 97,1%, 89,9%, 63,0% et 92,5% respectivement (Ajayi, 2019; Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Dewana et al., 2016; Getenet et al., 2019; Marama et al., 2018; Mocumbi et al., 2019; Monazea & Al-Attar, 2015; Onyeajam et al., 2018). Les scores moyens élevés de satisfaction à 4,46 et 4,60 sur 5 pour les hôpitaux publics comparativement aux hôpitaux privés et de 9 sur 10 avaient été trouvés au Kenya et au Malawi (Kambala et al., 2015; Okumu & Oyugi, 2018). D'autres études cependant ont trouvé de faibles proportions des femmes satisfaites des soins maternels reçus. C'est le cas notamment au Kenya où Gitobu et al. (2018) et en Érythrée où Kifle et al. (2017), lors d'études transversales analytiques, avaient trouvé respectivement 54,5% et 20,8% des femmes qui étaient satisfaites des soins maternels reçus. Une étude qualitative menée au Nigéria par Okonofua et al. (2017) avait trouvé également que peu de femmes étaient satisfaites des soins maternels reçus. Une étude transversale descriptive en Gambie avait aussi trouvé une faible satisfaction des femmes à l'égard des soins intrapartum (Oyugi et al., 2018).

Les écrits révèlent des niveaux de satisfaction plus élevés pour la qualité des soins pendant les consultations prénatales (CPN) que pour les soins intrapartum (Demas et al., 2017; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014; Onyeajam et al., 2018). Ceci peut être illustré par le cas de l'Éthiopie où, Demas et al. (2017) avaient trouvé que seulement 19,0% des femmes étaient satisfaites des

soins postnatals tandis que Lakew et al. (2018) avaient 68,0% des femmes qui étaient satisfaites des soins prénataux.

Facteurs associés à la satisfaction des femmes

Plusieurs facteurs peuvent influencer la satisfaction des femmes au regard des soins maternels reçus. Ces facteurs peuvent différer selon les contextes de chaque pays et peuvent être décrits selon plusieurs modèles. Le plus utilisé est celui proposé par Donabedian (1988) qui regroupe les facteurs de la satisfaction sous trois (3) points : la structure, le processus des soins et les résultats. La structure décrit le contexte dans lequel les soins sont offerts ainsi que les caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales de la femme. Le processus désigne les interactions entre les femmes et le personnel des soins tout au long de la prestation des soins de santé. Enfin, les résultats comprennent tous les effets des soins de santé sur les patients, y compris les changements dans l'état de santé (Donabedian, 1988). Ces facteurs ne sont pas toujours les mêmes dans diverses études réalisées sur le sujet. Dans ce qui suit, la littérature est présentée en suivant le cadre de Donabedian.

Structure des soins

Ce cadre fait état de deux groupes de facteurs en lien avec la structure qui peuvent influencer la satisfaction : les caractéristiques des femmes et les caractéristiques de la FOSA.

Caractéristiques des femmes

Plusieurs facteurs liés aux caractéristiques des femmes peuvent prédire leur point de vue sur les services rendus. En effet, plusieurs études menées dans les pays en développement ont trouvé que les caractéristiques sociodémographiques et économiques tels que l'âge de la femme, son niveau d'instruction et son niveau de revenu et les caractéristiques obstétricales, telles que la parité et le nombre de CPN, étaient associées à leur satisfaction au regard des soins maternels

reçus (Getenet et al., 2019; Kambala et al., 2015; Lakew et al., 2018; Mekonnen et al., 2015; Melese et al., 2014; Mutaganzwa et al., 2018). Dans certaines études, ces associations n'étaient cependant pas statistiquement significatives ou il n'y avait pas tout simplement d'association (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Kifle et al., 2017; Mehata et al., 2017; Mocumbi et al., 2019).

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et économiques, la plupart des études avaient trouvé que les femmes plus âgées, celles avec un faible niveau d'instruction et celles avec un faible revenu mensuel étaient susceptibles d'être plus satisfaites que les femmes plus jeunes, celles avec un niveau d'instruction plus élevé et celles avec un revenu mensuel moyen ou élevé (Getenet et al., 2019; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014; Mutaganzwa et al., 2018). En effet, Melese et al. (2014), dans une étude transversale descriptive menée dans un hôpital public à Addis-Abeba en Éthiopie, avaient trouvé que les femmes âgées entre 25 et 29 ans et celles âgées entre 30 et 34 ans étaient plus satisfaites que les femmes âgées entre 15 et 19 ans. Dans cette même étude, les femmes avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur étaient moins satisfaites que les femmes qui avaient un niveau d'éducation primaire. De plus, un niveau plus élevé de revenu mensuel était un prédicteur négatif de la satisfaction des soins maternels (Melese et al., 2014). Une autre étude menée par Getenet et al. (2019), à l'Est de l'Éthiopie, avait également révélé que les femmes qui n'avaient pas reçu d'instruction étaient 2 fois plus susceptibles d'être satisfaites que les autres (AOR = 2,4 ; IC à 95% : 1,10-5,10). Lakew et al. (2018) avaient trouvé, dans une étude mixte réalisée au sud-ouest de l'Éthiopie, que les femmes avec un revenu mensuel entre 25 et 100\$ étaient 60% moins satisfaites que celles avec un revenu mensuel de moins de 25\$ (AOR = 0,4 ; IC à 95% : 0,2-0,8). Les mêmes résultats ont été trouvés ailleurs qu'en Éthiopie, mais les associations n'étaient pas statistiquement significatives (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018). En effet, une autre étude transversale, menée par Asha Panth & Praveena Kafle (2018) dans un hôpital public au Népal, avait trouvé que les femmes illettrées étaient 2,710 fois plus satisfaites que celles qui pouvaient lire et écrire ($p = 0,475$). Les femmes avec un niveau primaire d'instruction étaient 2,850 fois plus satisfaites que les femmes avec un niveau secondaire ou supérieur d'instruction ($p = 0,241$).

En ce qui concerne les caractéristiques obstétricales des femmes, la parité, le nombre de CPN, le fait d'avoir désiré ou non la grossesse et le fait d'avoir un antécédent d'un accouchement à domicile étaient autant de prédicteurs de la satisfaction des femmes (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Getenet et al., 2019; Mekonnen et al., 2015). En effet, dans l'étude transversale de Asha Panth & Praveena Kafle (2018) au Népal, les femmes multipares étaient 2,352 plus susceptibles d'être satisfaites que les femmes primipares ($p = 0,111$). Les femmes qui avaient une expérience d'accouchement à domicile étaient neuf (9) fois plus susceptibles d'être satisfaites que les autres en Éthiopie (AOR = 9,1 ; IC à 95% : 2,50-23,71) (Getenet et al., 2019).

Lakew et al. (2018), dans leur étude réalisée dans le sud-ouest de l'Éthiopie, avaient trouvé que le niveau de satisfaction des femmes était proportionnel au nombre de CPN effectué. En effet, les femmes qui avaient effectué plus de deux (2) CPN étaient trois (3) fois plus satisfaites que celles qui n'avaient effectué qu'une (1) CPN ou pas du tout (AOR = 2,93 ; IC à 95% : 1,21-7,12) (Lakew et al., 2018). Des résultats contraires ont été trouvés par Mekonnen et al. (2015) dans le nord-ouest de l'Éthiopie où les femmes qui n'avaient pas effectué de CPN étaient 3,8 fois plus susceptibles d'être satisfaites des soins que celles fréquentant les CPN.

Les caractéristiques des FOSA

Dans une revue systématique réalisée en 2015, qui avait inclus 54 études portant sur la satisfaction des femmes en lien avec les services de santé maternelle, Srivastava et al. (2015) avaient défini un environnement physique des soins qui satisfait les femmes comme un environnement qui dispose de bonnes infrastructures propres, une bonne alimentation en eau et électricité, d'un nombre de lits suffisant, des zones d'attente bien aménagées, des médicaments, un équipement médical et du personnel médical disponibles. En effet, la disponibilité des médecins et des infirmiers surtout en situation d'urgence était un critère dans le choix de la FOSA dans plusieurs études (Srivastava et al., 2015). Toujours dans cette revue systématique, la

disponibilité du matériel médical était également significativement associée à la satisfaction au Nigéria, en Gambie et en Ouganda (Srivastava et al., 2015). Ces mêmes facteurs étaient aussi trouvés au sud-ouest de l'Éthiopie par Lakew et al. (2018) où le manque du personnel - particulièrement des médecins - et du matériel médical et le surpeuplement étaient des facteurs qui avaient influencé négativement la satisfaction des femmes. Dans l'étude qualitative menée par Okonofua et al. (2017) au Nigeria en revanche, les femmes étaient satisfaites du nombre suffisant de prestataires des soins mais plusieurs autres aspects de la structure étaient à la base de leur insatisfaction dont les installations de qualité médiocre, les ruptures de stock de médicaments, un environnement malpropre, le manque d'équipement médical, le retard des médecins et la fourniture insuffisante en eau et électricité.

Getenet et al. (2019), lors d'une étude transversale analytique, avaient trouvé que la disponibilité des médicaments d'urgence, dans les hôpitaux de Harar dans l'est de l'Éthiopie, était associée à la satisfaction des femmes concernant les soins maternels (AOR = 2,73 ; IC à 95% : 1,24-6,03). Onyeajam et al. (2018) avaient également trouvé les mêmes résultats au Nigéria où les femmes étaient 2 fois plus satisfaites, dans les établissements publics où les médicaments étaient disponibles, qu'ailleurs (AOR = 2,03 ; IC à 95% : 1,46-2,80). De même dans les FOSA où le matériel médical était disponible, les femmes étaient plus satisfaites que dans les autres FOSA (AOR = 1,10 ; IC à 95% : 1,01-1,21) (Onyeajam et al., 2018). Okonofua et al. (2017) lors d'une étude qualitative descriptive et Ajayi (2019), lors d'une étude mixte convergente, avaient trouvé que les femmes étaient plus satisfaites de la disponibilité et de la facilité d'achat des médicaments dans les hôpitaux sélectionnés au Nigéria.

La propreté des FOSA était un élément d'insatisfaction dans plusieurs études notamment celle de Melese et al. (2014) où 96,15% des femmes n'étaient pas satisfaites de la malpropreté de l'hôpital public fréquenté. Lakew et al. (2018) avaient également trouvé que seules, près de la moitié des femmes étaient satisfaites de la propreté des centres de santé publics en général (59,5%), de celle des toilettes en particulier (55,8%). Au Kenya, les mêmes résultats ont été trouvés par Gitobu et

al. (2018) où les femmes n'étaient pas satisfaites de la propreté des institutions. Dans la revue systématique de Srivastava et al. (2015), la propreté avait aussi eu un impact sur la satisfaction des femmes dans plusieurs pays dont la Gambie, le Bangladesh, l'Inde et l'Iran. Dans cette revue, un bon service d'entretien ménager était un prédicteur significatif de la satisfaction à l'égard des soins en Thaïlande Srivastava et al. (2015). Cependant, 94,7% des femmes étaient satisfaites de la propreté de l'établissement en Mozambique (Mocumbi et al., 2019). La propreté de l'établissement était aussi un facteur associé positivement à la satisfaction au Nigéria et au Kenya (Ajayi, 2019; Oyugi et al., 2018).

L'accessibilité géographique est un autre facteur associé à la satisfaction des femmes (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Dewana et al., 2016; Mocumbi et al., 2019; Srivastava et al., 2015). Plusieurs études avaient trouvé un lien entre la satisfaction et l'accès à la FOSA en termes de distance qui la sépare de la résidence et la disponibilité de moyens de transport (Mahiti et al., 2015; Srivastava et al., 2015). Dans l'étude de Mocumbi et al. (2019), la proximité et la disponibilité des moyens de transport étaient les déterminants de la satisfaction tandis que dans celle de Lakew et al. (2018), la distance était en effet un des éléments d'insatisfaction des femmes. La satisfaction des soins prénatals était statistiquement significativement associée de façon négative à une distance de plus de 1 km parcouru par les femmes pour se rendre à la FOSA la plus proche (Lakew et al., 2018).

Processus des soins

Dans une revue systématique de 2015, Srivastava et al. (2015) avaient trouvé que pour les pays en développement, le processus des soins était un déterminant majeur de la satisfaction quant aux soins maternels. Les relations interpersonnelles avec les prestataires des soins, le comportement des prestataires en termes de courtoisie et de respect sont apparus dans plusieurs articles répertoriés comme des facteurs importants associés à la satisfaction. En effet, le fait d'être traitées avec dignité, respect et courtoisie augmente la satisfaction des femmes au regard

des services reçus (Srivastava et al., 2015). Ces résultats sont corroborés par plusieurs autres études, menées après 2015 (Ajayi, 2019; Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Mocumbi et al., 2019; Okonofua et al., 2017; Onyeajam et al., 2018). Certains auteurs ont cependant signalé des abus verbaux et parfois physiques au moment de l'accouchement qui étaient à la base de l'insatisfaction des femmes à l'égard des services maternels (Colley et al., 2018; Mocumbi et al., 2019). En effet, Mocumbi et al. (2019), en Mozambique, avaient trouvé que le manque de respect, le fait d'avoir été humiliées ou d'avoir subi des violences physiques étaient des facteurs d'insatisfaction à l'égard des soins maternels. Au Nigéria, Bohren et al. (2017) et Ijadunola et al. (2019) avaient aussi trouvé que les abus et la maltraitance comme des facteurs à la base de l'insatisfaction des femmes.

Cependant, dans un contexte de gratuité des soins, les femmes ont tendance à accorder plus d'importance aux éléments liés à la structure. En effet, le surpeuplement qui survient le plus souvent dans ce contexte peut nuire à la qualité des soins comme ce fut le cas en Inde (Srivastava et al., 2015). Ceci peut se manifester par un débordement des salles d'attente, un problème de la propreté, une rupture de stock en médicaments, une indisponibilité du matériel médical et un manque d'intimité ou de confidentialité (Mehata et al., 2017; Mohammad et al., 2014; Srivastava et al., 2015). De même, Ajayi (2019), lors d'une étude mixte convergente au Nigéria dans un contexte de gratuité des soins, avait trouvé que le temps d'attente prolongé, les mauvais traitements, le manque de respect et les abus verbaux, les infrastructures et les lits inadéquats étaient des causes de l'insatisfaction.

Un autre aspect lié au processus est la communication thérapeutique. La communication thérapeutique comprend une bonne écoute du soignant, la politesse, un prompt soulagement de la douleur, la gentillesse et l'attitude souriante (Mahiti et al., 2015; Melese et al., 2014; Srivastava et al., 2015; Stal et al., 2015). Ceci a été confirmé lors d'une étude qualitative réalisée au Nigeria par Okonofua et al. (2017) où un personnel antipathique, une attitude négative et l'impatience du personnel avaient été retrouvés comme des facteurs d'insatisfaction. La communication

suppose aussi une conversation dans les deux sens. En effet, le fait d'être associées à la prise de décision en lien avec leur état de santé est bien apprécié par les femmes (Colley et al., 2018). En Tanzanie, dans leur étude mixte, Tancred et al. (2016) avaient trouvé que seulement près de la moitié des femmes avaient posé des questions aux prestataires sur leur état de santé.

La perception de la compétence technique est un autre facteur pouvant influencer la satisfaction des femmes. En effet, le fait qu'une femme se sente en confiance et la perception des compétences ont été trouvés au Ghana, au Liban et en Gambie comme des facteurs pouvant influencer la perception des femmes (Srivastava et al., 2015). Cette perception des compétences du soignant se base sur les explications claires fournies à la femme en rapport avec son état de santé, le fait qu'une femme se sente à l'aise de poser toutes sortes de questions et la réponse apportée aux complications qui peuvent survenir lors du processus de soins (Mohammad et al., 2014).

Les autres facteurs en lien avec le processus sont le délai d'attente, la durée de la consultation et le respect de la vie privée. Plusieurs études ont trouvé que la satisfaction était proportionnelle à la durée de consultation et inversement proportionnelle au délai d'attente (Demas et al., 2017; Getenet et al., 2019; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014; Okonofua et al., 2017; Onyeajam et al., 2018). En effet, les femmes qui avaient attendu moins de 15 minutes pour voir le prestataire de soins étaient 2,5 fois plus satisfaites que celles qui avaient fait plus de 15 minutes (Getenet et al., 2019). Au Nigéria, parmi les facteurs qui avaient influencé positivement la satisfaction, il y avait un service réactif défini comme la rapidité dans la prise en charge, les heures de consultations commodées et la garantie d'une confidentialité (AOR = 2,44; IC à 95% : 2,05-2,87) (Onyeajam et al., 2018). Toujours au Nigéria, dans une étude qualitative de Okonofua et al. (2017), la satisfaction des femmes était positivement influencée par une initiation rapide des soins. Les mêmes facteurs ont été trouvés au Kenya (Oyugi et al., 2018). En ce qui concerne le respect de la vie privée, les études révèlent que les femmes sont généralement satisfaites de cet aspect sauf dans le contexte de gratuité des soins où il peut être entamé (Gitobu et al., 2018;

Srivastava et al., 2015). Le fait d'être accompagné par une personne de leur choix lors de l'accouchement augmentait la satisfaction des femmes (Mocumbi et al., 2019; Ndirima et al., 2018).

L'autre facteur qui avait influencé la satisfaction des femmes était l'accessibilité financière des soins. En effet, les coûts de soins en termes des soins abordables ont été cités en Inde, au Kenya et au Pakistan comme un élément qui influence la satisfaction (Srivastava et al., 2015). Au Nigéria, les dépenses personnelles pour les soins prénatals préoccupaient les femmes (Onyeajam et al., 2018). Dans l'étude mixte de Ajayi (2019), la suppression des frais d'accouchement avait entraîné une augmentation de la satisfaction des femmes au Nigéria. En Tanzanie, la satisfaction était réduite à cause des frais imprévus (Tancred et al., 2016).

Résultats des soins

Contrairement à la revue systématique de Srivastava et al. (2015) où le processus de soins était un déterminant important de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels, Ajayi (2019) avait trouvé que les femmes accordaient plus d'importance aux résultats des soins. Quelques études ont trouvé un lien entre la satisfaction des femmes à l'égard des soins d'accouchement, le mode d'accouchement et la survenue des complications (Gitobu et al., 2018; Larson et al., 2014). En effet, dans des études menées en Gambie, au Ghana, en Inde et en Thaïlande, les femmes avaient exprimé leur satisfaction en s'appuyant sur les résultats maternels et néonataux en termes de survie (Srivastava et al., 2015). Une étude transversale menée par Bitew et al. (2015) avait montré que les femmes qui avaient accouché par voie basse étaient 89% moins susceptibles d'être satisfaites des services maternels. L'étude de Tesfaye et al. (2016) avait révélé que les femmes qui avaient accouché par césarienne étaient 4 fois plus susceptibles d'être satisfaites que celles qui avaient accouché par voie basse.

Utilisation ultérieure des services

La majorité des femmes qui étaient satisfaites de soins, au Népal, étaient plus susceptibles de revenir dans la même FOSA (87,1%) ou de la recommander à leurs proches (94,9%) (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018). De même, Amdemichael et al. (2014), en Éthiopie, avaient trouvé que 82,9% des femmes étaient prêtes à revenir à l'hôpital déjà fréquenté. Au Libéria, dans une étude de cas, Lori et al., (2017) avaient trouvé que 99,5% des femmes recommanderaient l'établissement de santé et 98,8% reviendraient dans celui-ci. Des résultats similaires ont aussi été trouvés en Mozambique (Mocumbi et al., 2019).

Satisfaction et aspects culturels

Les facteurs qui influencent la satisfaction sont souvent liés étroitement aux caractéristiques des femmes ainsi qu'à la culture du milieu dans lequel elles vivent (Organisation Mondiale de la Santé, 2017; Ribau et al., 2005). La plupart des études qui ont évalué la satisfaction des femmes immigrantes à l'égard des soins maternels de leurs pays de résidence actuelle ont trouvé que celle-ci était influencée par la culture de ces femmes (Laganá, 2003; Lee et al., 2014; Wojnar, 2015). En effet, Lee et al. (2014), lors d'une étude phénoménologique descriptive, avait trouvé que l'ancrage des pratiques traditionnelles était à la base de la faible satisfaction des femmes chinoises qui vivent au Canada. De même, Wojnar (2015), dans son étude phénoménologique descriptive, avait aussi trouvé que les valeurs, les croyances entraînaient des attentes contradictoires qui influençaient de façon négative la satisfaction des femmes somaliennes qui vivaient aux États-Unis.

Résumé de la littérature

La littérature sur la satisfaction des femmes à l'égard des services et des soins maternels dans les pays en développement est riche malgré son intérêt récent. La majorité des études ont inclus une taille de l'échantillon représentative. Elles ont mesuré la satisfaction en utilisant le cadre de

Donabedian sur la qualité des soins maternels en construisant des échelles de Likert qui variaient de 4 à 20 points en fonction du nombre des variables prises en compte pour l'évaluation de la satisfaction. Les études qualitatives ont utilisé des guides de discussion ou d'entrevues semi-dirigées pour évaluer la satisfaction des femmes. Ce qui a conduit à des interprétations différentes. Ces outils de collecte de données avaient néanmoins une grande validité et fiabilité (alpha de Cronbach en moyenne de 0,90).

La quasi-totalité des études se sont déroulées en milieu hospitalier, ce qui pouvait entraîner les biais de désirabilité et d'inhibition. Plusieurs méthodes avaient été utilisées pour minimiser ces biais notamment la perception du projet comme étant extérieur à la FOSA ou des entrevues dans des pièces séparées loin de l'oreille de prestataires de soins.

De façon générale, les niveaux de satisfaction étaient élevés dans la plupart des études mais il y avait des aspects des soins qui étaient à la base de l'insatisfaction. Les aspects en lien avec le processus des soins étaient les déterminants les plus regardés par les femmes particulièrement l'attitude des prestataires de soins en termes de traitement avec dignité, respect et courtoisie. Cependant, dans le contexte de gratuité, les aspects en lien avec la structure étaient affectés et donc avaient une forte influence sur la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels. Une bonne issue des soins en termes de survie ou d'absence de complications avait aussi une certaine influence sur la satisfaction des femmes.

Outre ces composantes de la satisfaction, certaines caractéristiques des femmes étaient des prédicteurs de la satisfaction. En effet, le jeune âge, les niveaux élevés de scolarité et de revenu, la multiparité étaient des prédicteurs négatifs de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels. Un niveau élevé de satisfaction était associé avec une utilisation ultérieure des services.

En RDC, il existe quelques études qui ont évalué la qualité objective des soins en termes d'opinions des prestataires, de diagnostic des problèmes, de couverture de soins et leur accessibilité mais aucune, à notre connaissance, ne s'est intéressée à la perception des femmes sur cette qualité en se basant sur leurs opinions non médicales, leurs besoins et leurs expériences ou celles de leurs proches.

Intérêt de la présente recherche

La présente étude ne fait pas partie d'un projet plus vaste. Notre intérêt est parti d'une observation des pratiques dans les services de santé maternelle sur plusieurs années lorsque nous pratiquions en tant que stagiaire dans le département de gynécologie-obstétrique puis en tant que médecin et assistante en santé publique en RDC. Nous avons observé que les statistiques sur la santé maternelle parlaient d'une forte utilisation des services par les femmes. Ceci devait avoir comme conséquence une réduction significative de la morbidité et mortalité maternelles partant de la stratégie préconisée par l'OMS. Nous avons remarqué que les recherches sur la qualité des soins intéressaient plus les perspectives des professionnels de santé que celles des femmes, principales utilisatrices des services. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous pouvons supposer que les femmes sont totalement contentes des services au vu de leur forte utilisation ou de la non nécessité d'avoir leur avis sur le sujet puisqu'elles doivent se soumettre aux services que le système est en mesure de mettre à leur disposition. Or, les études sur les perceptions des femmes peuvent aider à révéler des aspects défailants du système et permettre les actions plus ciblées en vue d'une amélioration de la qualité qui est jusqu'ici mise en cause de la forte mortalité maternelle qui sévit en RDC.

Ainsi, notre étude s'attaque aux lacunes suivantes :

Il n'existe pas à notre connaissance des études en RDC qui ont évalué la perception de la qualité des soins maternels par les femmes ;

Les études qui existent en Afrique subsaharienne ont adopté pour la plupart une approche quantitative qui ne laisse pas la place aux femmes de s'exprimer sur leurs expériences afin de

guider le chercheur vers ce qu'elles considèrent comme important dans leur recours aux soins. Ces aspects sont la plupart de temps non pensés au moment de la conception de l'étude ;

La quasi-totalité des études ont réalisé des entrevues de sortie des FOSA, ce qui pourrait entraîner un biais d'inhibition de la critique et de désirabilité sociale prenant en compte le contexte des relations conflictuelles soignant-soigné en Afrique ; et,

La quasi-totalité des études n'ont pris en compte qu'un seul moment du continuum des services et soins maternels. Ceci ne permet pas de dégager de façon claire le moment du continuum qui est le plus défaillant.

Chapitre 3 – Cadre conceptuel et objectifs de l'étude

Ce chapitre présente les bases de la création du cadre de référence conceptuel de l'étude. Il a ainsi recours, d'une part au cadre proposé par Donabedian (1988) sur la qualité des services de santé et d'autre part, aux concepts décrits dans la littérature disponible et recensée et ce, en termes des dimensions de la satisfaction, de la qualité ainsi que de l'utilisation des services de santé en général, de santé maternelle en particulier. Le chapitre se termine par la présentation des objectifs poursuivis par la présente étude.

Cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel a été élaboré en se basant sur le modèle proposé par Donabedian (1988) ainsi que sur les études qui ont été menées sur ce sujet dans les pays en développement (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Srivastava et al., 2015). Selon le modèle de Donabedian, les composantes de la satisfaction peuvent porter sur les trois catégories de fonctionnement d'un système de soins : structure, processus et résultats. La structure fait référence au contexte dans lequel les soins se déroulent. Celui-ci comprend l'environnement organisationnel, les médicaments, le matériel médical et la main-d'œuvre. Le processus fait référence aux activités de déroulement de soins et leur conformité avec les normes professionnelles. Il détermine également l'utilisation de ces services dans la structure (disponibilité, accessibilité). Les résultats font référence aux effets des services et des soins sur la santé des femmes (Donabedian, 1988).

Ces trois (3) catégories sont liées de façon bidirectionnelle. Le lien du haut vers le bas représente ce que Donabedian appelle « la validité causale », c.-à-d. qu'avoir de bons éléments de structure pourrait permettre d'avoir un bon processus des soins, ce qui va générer de bons résultats. Le lien du bas vers le haut représente « la validité d'attribution » c.-à-d. que les effets de santé obtenus sont la résultante d'un bon processus de soins et d'une bonne structure (Bélanger et al., s. d.).

Ces trois dimensions interreliées ; la perception de leur qualité, positive ou négative, par les bénéficiaires est au cœur du cadre. Ce niveau comprend les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des femmes qui sont des prédicteurs de la satisfaction. Ainsi les femmes, avec leurs caractéristiques et leur satisfaction/perception de la qualité de ces trois dimensions des services et des soins, se trouvent au cœur du cadre. Leur position explique l'influence, des trois dimensions de haut en bas, sur leur satisfaction/perception de la qualité qui devraient en retour, avoir une influence vers le haut dans le but de contribuer à leur amélioration. Ce retour pourrait survenir lorsque les femmes sont écoutées pour exprimer leur satisfaction ainsi que leurs perceptions de la qualité indépendamment de la qualité objective de la structure, du processus et des résultats (voir schéma ci-dessous).

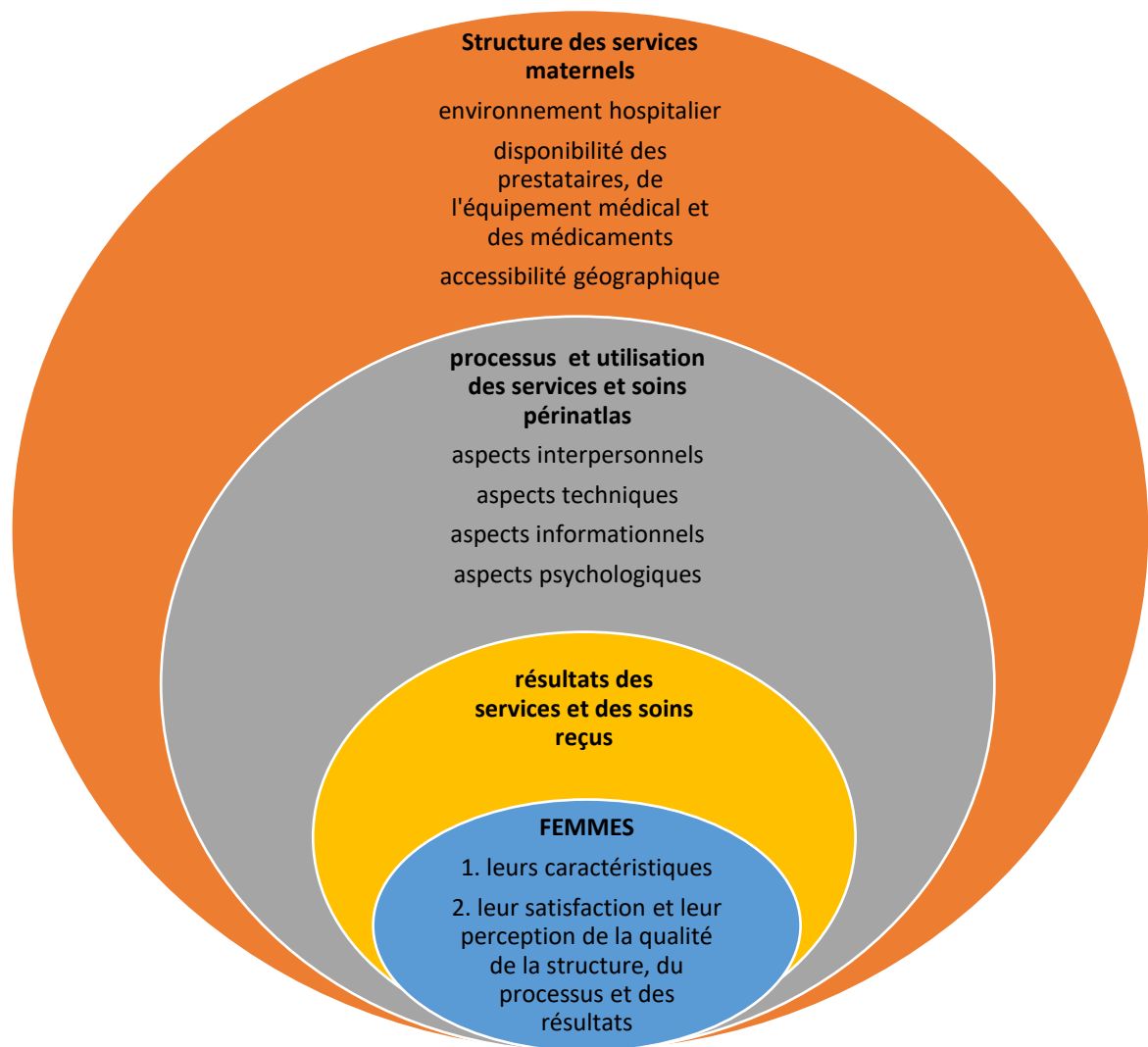


Figure 2. Cadre conceptuel adoptant le cadre de Donabedian (1988) pour l'exploration de la satisfaction et de la perception par les femmes de la qualité des services et des soins maternels

Objectifs de l'étude

Notre objectif général est:

D'explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels - en CPN, en périnatal et en postpartum – dans des Zones de Santé (ZS) de la RDC ainsi que les dimensions de la structure, du processus/de l'utilisation et des résultats de services associés à leur perception de la qualité des soins reçus.

Plus spécifiquement, il s'agit d'explorer la satisfaction et la perception de la qualité:

- de la structure des services pré-per et postnatals;
- du processus selon lequel ces services sont reçus/utilisés; et,
- des résultats des services utilisés et des soins reçus

qu'ont les femmes utilisant les services prénatals, pernatals et postnatals dans des FOSA de la ZS de N'djili, en RDC.

Chapitre 4 – Méthodes

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques utilisés pour l'atteinte des objectifs de cette étude. Nous décrivons dans un premier temps notre posture philosophique étant donné qu'elle influence consciemment ou non le chercheur ainsi que le devis d'étude et sa pertinence dans le recueil des perceptions des femmes sur la qualité des services et des soins reçus ainsi que de leur satisfaction. Ensuite, nous décrivons le site du déroulement de l'étude tout en justifiant son choix. Nous détaillerons le déroulement de l'étude proprement dit notamment le recrutement des participants, le type d'échantillonnage utilisé, les techniques de collecte de données, les outils utilisés à cet effet, le traitement et l'analyse des données recueillies. Enfin, nous discuterons des critères de scientificité pour assurer la validité de notre étude ainsi que des considérations éthiques.

Posture philosophique

Il s'agit ici de voir comment nos perspectives de la réalité, des sciences et des connaissances guident nos actions à notre titre d'étudiante-chercheuse (Creswell & Poth, 2018; Denzin & Lincoln, 2011). En effet, notre interprétation du monde peut être influencée par plusieurs facteurs notamment nos valeurs personnelles, notre parcours académique de médecin, notre position de femme et future mère (Greene, 2007). Ainsi, dans cette section, nous allons décrire notre posture constructiviste par rapport aux champs ontologique et épistémologique d'un paradigme (Creswell & Poth, 2018; Patton, 2002).

Sur le plan ontologique, nous prenons la position relativiste. En effet, nous pensons qu'il existe plus qu'une réalité du monde. Il en existe plusieurs qui sont influencées par les expériences des participantes. En effet, ces dernières construisent des significations par des interprétations de leur monde et celles-ci sont influencées par leurs expériences personnelles dans un contexte social et culturel bien défini (Patton, 2002). Cette posture est intéressante dans le contexte assez

particulier de la RDC qui est celui de la forte utilisation des services maternels paradoxalement à la qualité objective qui est connue pour être faible et à la forte morbidité et mortalité maternelle qui la caractérise. En outre, dans notre analyse des données recueillies, nous avons mis en relation les résultats trouvés et les caractéristiques des femmes pour mieux comprendre leurs perceptions.

Sur le plan épistémologique, il s'agit de voir la relation que le chercheur a avec ce qu'il recherche. Notre posture est transactionnelle et intersubjective. Les participantes sont les détentrices de la connaissance, car ce sont elles qui ont vécu le phénomène soins entourant la naissance et qui ont utilisé les services maternels pré, per et postnatals. Leurs interprétations subjectives de leur vécu constituent donc l'essentiel du phénomène étudié que nous avons cherché à comprendre par des interactions avec les participantes.

Type d'étude

Compte tenu de cette posture philosophique et du fait que l'étude cherche à explorer la perception qu'ont les femmes de leur vécu et leur satisfaction des services et soins reçus à l'occasion de leur grossesse et accouchement, une approche phénoménologique herméneutique tel que proposée par Van Manen (1984) s'impose. Il s'agit d'une approche descriptive et interprétative. Cette méthode est appropriée étant donné que notre étude explore l'expérience subjective des femmes confrontées à des situations préoccupantes d'un point de vue éthique, notamment dans un contexte connu de relations conflictuelles entre les soignants et les soignés en Afrique (Freedman & Kruk, 2014; Hunt & Carnevale, 2011). Ce choix méthodologique est en outre justifié par les lacunes quant aux connaissances actuelles sur le sujet en RDC (Loiselle, 2007; Monti & Tingen, 1999; Ribau et al., 2005).

La phénoménologie se caractérise par une investigation systématique et critique d'un phénomène en essayant de connaître ce qui est essentiel pour les participantes - les femmes -

étant donné que toute expérience humaine est liée au contexte dans lequel elle est vécue (Van Manen, 1997). En effet, ce type d'étude reconnaît l'existence d'une diversité d'opinions sur un même phénomène. Il n'existe pas une seule réalité, mais une multitude de réalités, qui revêtent néanmoins un caractère universel à travers les personnes qui ont vécu l'expérience (Van Manen, 1997).

Ce devis a permis de recueillir les propos des femmes à différents moments du continuum des soins maternels. Il a tenu compte des conditions contextuelles du phénomène à l'étude. Il a donc permis de décrire et d'interpréter la perception qu'ont les femmes participantes, les principales concernées, quant à la qualité de la structure et du processus des soins/de l'utilisation des services ainsi qu'à leur satisfaction des soins reçus et ce, en tenant compte du contexte particulier de la RDC.

Site d'étude

La RDC se situe en Afrique centrale, à cheval sur l'équateur. Elle s'étend sur une superficie de 2.345.409 Km². Elle partage ses frontières à l'est avec le Rwanda, l'Ouganda, le Burundi et la Tanzanie, à l'ouest avec La République du Congo, au nord avec la République centrafricaine et le Soudan du Sud et au sud-est avec la Zambie et au sud avec l'Angola. La population congolaise est estimée à 85.026.000 habitants, avec une densité de 36 habitants/Km². La population congolaise se caractérise par son extrême jeunesse. La proportion de personnes de moins de 20 ans est estimée à 61% de la population totale dont 52% ont moins de 15 ans. La RDC est un état unitaire fortement décentralisé, et qui comprend 26 provinces. Le pays est subdivisé en ville, territoires, secteurs, chefferies, communes urbaines, communes rurales et groupements (Ministère de la Santé Publique, 2017b).

Sur le plan sanitaire, le ministère de la santé publique est organisé en trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique. Le niveau central est

constitué du Cabinet du Ministère, du Secrétariat général des hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation des soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre des politiques et directives en provinces. Le niveau intermédiaire compte 11 inspections provinciales de la santé et 65 districts sanitaires et des hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la mise en œuvre des directives et politiques au niveau des ZS. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'hôpital provincial, les soins de santé de référence secondaire. Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) opérationnels et 8 504 aires de santé (AS) dont 8 266 disposent d'un Centre de Santé (CS). Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire (Ministère de la Santé Publique, 2017b).

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001 met l'accent sur les soins de santé primaires. Une province représente une Division provinciale de Santé (DPS) et est subdivisée en ZS. Cette dernière est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS. C'est un espace géographique bien défini contenu dans les limites d'un territoire ou d'une commune administrative comprenant une population d'environ 100 000 à 150 000 habitants en milieu rural et de 200 000 à 250 000 habitants en milieu urbain. La ZS est subdivisée à son tour en AS et comprend le CS et le HGR comme structures sanitaires obligatoires (Ministère de la Santé Publique, 2017b; Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014).

Notre étude s'est déroulée à Kinshasa qui est la capitale de la RDC. Avec une superficie de 9.965 km² et une population estimée à 11,86 millions d'habitants, la ville province de Kinshasa est la troisième ville la plus peuplée d'Afrique (après le Caire et Lagos). Elle est constituée de six circonscriptions sanitaires, dont celle de la Tshangu où se trouve la ZS de N'djili située dans la partie Est de la ville. La ZS de N'djili nous a servi de site d'étude. Ce site a été déterminé par choix

raisonné, car la problématique de la mortalité maternelle y est similaire à celle du pays (Ministère de la Santé Publique, 2017b; Polit & Beck, 2011).

Cette circonscription est la plus étendue de la ville et est caractérisée par une forte démographie, soit le 1/3 de la population kinoise. Une forte proportion de cette population vit dans une précarité limitant son accès aux services de santé.

La ZS de N'djili est une zone urbano-rurale qui s'étend sur une superficie de 11.2 km². Elle est limitée au nord par la ZS de Masina 1, au sud par la ZS de Kimbansake, à l'est par la ZS de Kingasani, au nord-ouest par la ZS de Matete et au sud-ouest par la ZS de Kisenso. En 2018, sa population était estimée à 3.772.755 habitants, dont 161.656 femmes parmi lesquelles 73.047 sont en âge de procréer. Elle est constituée de 14 aires de santé et comprend 110 formations sanitaires (FOSA). Sur le plan socio-économique, la plupart des habitants de cette ZS vivent de petits commerces. Avec un faible pouvoir d'achat et un faible revenu, cette population éprouve des difficultés pour accéder aux services sociaux de base, dont la santé, l'éducation et la nutrition. Sur le plan de la santé maternelle, la proportion des femmes qui font quatre visites prénatales est très faible. Selon l'enquête SONU réalisée en 2011, cette circonscription avait connu 44.087 accouchements soit le plus grand nombre parmi toutes les autres circonscriptions de Kinshasa (Ministère de la Santé publique, 2017a). En 2018, cette ZS avait réalisé 7.204 accouchements.

Population à l'étude et échantillonnage

Cette étude a ciblé trois catégories de populations de femmes dans deux FOSA de la ZS de N'djili, HGR de N'djili et la maternité Bomoi : celles enceintes (services et soins prénatals), celles nouvellement accouchées (services et soins pernatals) et celles qui ont déjà accouché (services et soins postnatals) au moment de réaliser l'étude sur le terrain.

L'échantillonnage a suivi la méthode non probabiliste

Les participantes ont été sélectionnées par l'étudiante-chercheure, dans les FOSA, à partir de leurs dossiers médicaux. Les catégories des participantes n'étaient pas prédéterminées (Ribau et al., 2005). Pour chacune des catégories, elle a procédé à une sélection selon un échantillonnage intentionnel à variation maximale suivant leurs caractéristiques sociodémographiques et obstétricales pour constituer un échantillon hétérogène qui permet d'augmenter la transférabilité des résultats (Polit & Beck, 2011)

Ce type d'échantillonnage est recommandé pour ce devis d'étude, car il permet de sélectionner les participantes selon des critères bien définis dans le but d'avoir un échantillon le plus représentatif possible du phénomène à l'étude; en effet, le choix des participants peut impacter sur la qualité des données (Loiselle, 2007; Munhall, 2007). L'échantillonnage ne vise donc pas la représentativité en termes de taille de l'échantillon en vue d'une généralisation des résultats de l'étude. Il vise plutôt la représentativité des perspectives, la profondeur tout en visant la saturation. Cette dernière est appelée redondance thématique par Van Manen (1997), le but pour le chercheur étant d'avoir un regard plus profond que large sur les données (Drapeau, 2004).

Ainsi, les femmes nouvellement accouchées ont été recrutées au niveau des FOSA parmi les femmes en post-partum immédiat pour éviter le biais de rappel ; les femmes enceintes ont été recrutées également au niveau des FOSA lors de leurs visites prénatales et celles ayant déjà accouché ont été rejointes à partir du CS lors de leurs différentes visites de vaccination. Le profil sociodémographique et obstétrical est présenté dans les tableaux 3 et 4 dans les résultats (article scientifique, section résultats).

Ces femmes ont répondu aux critères d'inclusion suivants :

- Avoir la capacité d'échanger ;

- Être disponible ;
- Parler couramment le lingala ou le français (langues les plus parlées en RDC) ; et,
- Donner son consentement écrit.

Nous avons effectué quinze (15) entrevues semi-dirigées avec les femmes nouvellement accouchées, deux (2) groupes de discussion constitués respectivement de sept (7) et huit (8) femmes anciennes accouchées et deux (2) groupes de discussion constitués chacun de sept (7) femmes enceintes. L'échantillon ainsi constitué a permis d'atteindre la saturation des données (Holton, 2010). Aucune femme n'a été incluse deux fois dans l'échantillon.

Collecte des données

La collecte de données a duré trois mois, soit du 23 septembre au 23 décembre. Elle s'est faite en itération avec le traitement et l'analyse des données, ce qui nous a permis de découvrir de nouveaux concepts non pensés lors de la conception de l'étude. Ces nouveaux concepts ont été confrontés aux données de la littérature et ont été explorés avec les participants subséquents, plus particulièrement lors des groupes de discussion. Cette itération a aussi permis de retours réflexifs avec ma directrice de recherche pour une meilleure distanciation, étant donné que nous sommes personnellement concernées par le phénomène. En effet, le fait d'être congolaise, femme et médecin pouvait influencer sur notre manière d'interpréter les discours des femmes.

Deux (2) techniques de collecte de données participatives ont été utilisées à savoir :

- Les entrevues semi-dirigées avec les femmes nouvellement accouchées. Cette technique permet de mieux saisir l'expérience subjective, la réalité telle qu'elle est vécue par la participante (Denzin & Lincoln, 1994). Elles ont été menées par l'étudiante-chercheuse au domicile des

participantes pour accéder à leur expérience subjective. La discussion a duré en moyenne 25 minutes ; et,

- Les groupes de discussion avec les femmes anciennes accouchées et les femmes enceintes. Ils ont été tenus dans une pièce séparée au sein de la FOSA pour comprendre le point de vue d'un groupe, profiter de l'effet de groupe pour saisir les similitudes et contradictions dans les discours des femmes (Morgan, 1996). Cette technique présente des avantages dans un contexte tel que celui de la RDC, car elle n'est pas discriminatoire à l'égard des femmes qui ont un niveau d'instruction bas ou qui ne savent ni lire ni écrire (Kitzinger, 1995). La discussion a duré en moyenne 45 minutes.

Ces méthodes de triangulation des techniques de collecte et des lieux de collecte de données ont permis d'augmenter la crédibilité de nos résultats (Drapeau, 2004). Ces entrevues et groupes de discussion ont été menés en français ou en lingala. Ils ont été menés par l'étudiante-chercheure et enregistrés en utilisant un dictaphone pour éviter la perte d'informations.

Un guide d'entretien avec une partie structurée des caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales des participantes a été utilisé. Trois guides d'entretien différents ont été élaborés pour les trois catégories des participantes incluses dans cette étude (annexes 3, 4 et 5). Les thèmes suivants ont été abordés lors de la discussion avec les femmes portant sur leur perception de la qualité et leur satisfaction :

- En lien avec la structure : environnement hospitalier, disponibilité des médicaments, de l'équipement médical et des prestataires, accessibilité géographique.
- En lien avec les processus et l'utilisation des services : aspects interpersonnels, aspects techniques, aspects psychologiques, aspects informationnels, coûts des services.
- En lien avec les résultats : voie d'accouchement, complications, utilisation ultérieure des soins.

La partie sur les caractéristiques des femmes visait à démontrer la diversité de l'échantillon. Elle a été partiellement remplie au moment du recrutement après le consentement éclairé de la participante puis complétée à la fin de l'entrevue. Les caractéristiques des participantes ainsi que leurs définitions et leurs échelles de mesure sont présentées dans le tableau 1 suivant.

Tableau 1. Liste des variables quantitatives et leurs définitions opérationnelles

Variables	Définitions opérationnelles	Échelle de mesure
Caractéristiques sociodémographiques et économiques		
Age	Âge en années au dernier anniversaire	Rapport
Niveau de scolarité	Le plus haut niveau d'étude atteint	Ordinale
État matrimonial	État civil de la femme	Nominale
Occupation lucrative	La profession de la femme	Nominale
Revenu familial	Combien le ménage dont fait partie la femme gagne par mois Cette variable a été ensuite catégorisée à trois niveaux : <ul style="list-style-type: none"> • Faible : moins de 100\$/mois • Moyen : entre 100 et 300\$/mois • Élevé : plus de 300\$/mois 	Rapport
Caractéristiques obstétricales		
Parité	Le nombre total d'accouchements antérieurs	Ordinale
Âge gestationnel début CPN	Âge de la grossesse lors de la première visite prénatale	Rapport
Nombre de CPN	Nombre des visites prénatales effectuées	Rapport
Mode d'accouchement	La voie d'accouchement basse ou haute	Nominale
Complication	Présence de complication pendant ou après l'accouchement	Nominale
Type de complication	Le type de complication pendant ou après l'accouchement	Nominale

La collecte des données a été précédée d'un prétest des outils avec trois (3) femmes, une femme de chacune des catégories des services (pré, per et postnatales), sélectionnées par l'étudiante-chercheuse dans deux FOSA non participantes dans des conditions aussi fidèles que possible aux conditions réelles de l'enquête. Les résultats de ces entrevues n'ont pas été inclus dans l'analyse des données. Ce prétest a plus permis de tester la compréhension des questions par les participantes ainsi que les autres aspects méthodologiques tels que leurs réactions vis-à-vis de la procédure utilisée, l'instrument de collecte de données, la technique d'échantillonnage utilisée, etc. Il a permis en outre de nous familiariser avec les questions. Toutes les remarques et suggestions ont été prises en compte dans le guide d'entretien final.

Traitement et analyse des données

a. Analyse des données quantitatives

Les caractéristiques des participantes qui sont des données de type quantitatif ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS version 25. Les variables catégorielles ont été résumées sous forme de proportions et les variables continues ont été décrites en utilisant la moyenne et écart-type étant donné que la distribution de ces données est symétrique. Les tableaux descriptifs sont présentés dans la section résultats de l'article scientifique inclus dans ce rapport.

b. Traitement et analyse des données qualitatives

Le traitement et l'analyse des données ont été faits en suivant les quatre (4) étapes de la réduction phénoménologique (Ribau et al., 2005) :

- La transcription des verbatim

Les enregistrements audios ont été transcrits intégralement en français et gardés sous format Word. Ces transcriptions ont été corrigées par la réécoute des enregistrements audio et complétées avec des notes prises sur le terrain et les informations non verbales pertinentes (ex. silence, hésitation, soupirs, rire). Ces informations ont en effet une place importante dans le

discours d'une personne, car elles donnent souvent un autre sens aux mots (Van Manen, 1997). Ces informations étaient puisées de nos fiches synthèses remplies pour chaque entrevue semi-dirigée et chaque groupe de discussion. Cette fiche contenait en outre les informations sur les circonstances de déroulement de l'entrevue, le lieu de l'entrevue, le contexte de la réalisation de l'entrevue, les thèmes abordés, les thèmes émergents et les commentaires personnels. Un extrait de cette fiche remplie est présenté en annexe 6.

- **La familiarisation avec les transcriptions**

Elle a consisté en la lecture et relecture des transcriptions qui ont permis de ressortir les premières interprétations. Cette approche correspond à ce que Van Manen (1997) qualifie d'approche globale.

- **La formation des unités de signification**

Une analyse de contenu hybride (inductive-déductive) a été effectuée en s'inspirant du cadre théorique du départ (déductif) mais flexible par la découverte de nouveaux concepts par induction. L'analyse a été effectuée en lisant chaque phrase des discussions pour ressortir les codes associés (Van Manen, 1997) : extraction des passages porteurs de sens et attribution de codes. Ces codes ont ensuite été reliés entre eux, groupés, hiérarchisés et ordonnés, ce qui a généré les thèmes globaux et les thèmes subordonnés à ces derniers. Ces étapes de codification et de catégorisation correspondent aux approches sélective et détaillée décrites par Van Manen (1997). Le logiciel QDA Miner version 5.0.19 a été utilisé pour la gestion des données.

Le tableau 2 ci-dessous présente une synthèse des codes et thèmes qui représentent les aspects de soins qui sont ressortis de l'analyse des données selon les dimensions du cadre conceptuel utilisé dans la présente étude.

Tableau 2. Cadre thématique de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels dans la ZS de N'Djili-RDC, 2019-2020

STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTATS	ÉMERGENTS
Accessibilité géographique	Aspects interpersonnels	Satisfaction positive, négative ou neutre	Acceptation/ fatalité/ défense
Distance, moyens de transport	Accueil (positif, négatif ou neutre), attitude (bienveillante, malveillante, neutre), abus verbaux, négligence	Utilisation ultérieure	Rumeur
Ressources humaines	Aspects financiers	Recommandation aux proches	Comparaison
Disponibilité des prestataires, type de prestataires, nombre de prestataires, disponibilité des services	Coûts des services, frais imprévus	Complication	Soutien des proches
Ressources matérielles	Aspects techniques	Mode d'accouchement	Préférence
Disponibilité des médicaments, accès aux médicaments, disponibilité des équipements	Compétences Rôle prestataire		
Environnement physique	Aspects organisationnels		
Infrastructure, propreté (général, toilettes, douches, salle d'attente, salle à manger), entretien ménager	Délai d'attente long ou court, durée de consultation, intimité, temps de passage		
	Aspects communicationnels		
	Informations, écoute, prise de décision		

- La description et l'interprétation des données

Les similitudes et les contradictions dans les propos des participantes ont été examinées (Polit & Beck, 2011; Van Manen, 1997). Ensuite, les résultats ont été critiqués sur base du contexte de la RDC, qui est celui des taux de morbidité et mortalité maternels élevés paradoxalement à la forte

utilisation des services maternels. Ils ont aussi été interprétés sur base des caractéristiques des mères qui sont des déterminants de la perception de la qualité des soins et de la satisfaction. Enfin, les résultats ont été confrontés à ceux de la littérature.

Critères de scientificité

La rigueur méthodologique a été atteinte grâce à l'application de la vérification, la validation et la validité (Morse et al., 2016)

Vérification

La vérification a été effectuée en confrontant et complétant les données transcrites avec les notes des fiches synthèses, en constituant un échantillon hétérogène adéquat et en collectant les informations jusqu'à atteindre la saturation des perspectives (Morse et al., 2016).

Validation

La validation a été possible grâce à la triangulation de deux techniques de collecte de données à savoir les entrevues semi-dirigées et les groupes de discussion. Les entrevues étaient réalisées en premier et les groupes de discussion ont servi à avoir les perceptions d'un groupe et de vérifier certains aspects émergents des entrevues semi-dirigées. En outre, elle a consisté à rechercher, pendant l'analyse des discours contrastés secondaires à l'influence des caractéristiques sociodémographiques ou obstétricales variées inclus dans notre échantillon.

Validité

Plusieurs éléments pouvaient entamer la validité de la présente étude que nous présentons sous cette section ainsi que les méthodes utilisées pour y remédier (Drapeau, 2004).

Crédibilité

Certaines situations pouvaient porter atteinte à la crédibilité de l'étude. Ainsi, les groupes de discussion menés dans les FOSA pouvaient présenter le risque d'inhibition de la critique des participantes et le biais de désirabilité sociale en raison du lieu de collecte de données et de la relation soignant-soigné qui est reconnue problématique (Freedman & Kruk, 2014).

Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour augmenter la crédibilité de l'étude :

- Triangulation des méthodes de collecte de données telle que décrite ci-dessus;
- Triangulation des lieux de collecte de données telle que décrite ci-dessus; et,
- Réflexivité : en tant que femme et médecin, nous nous sentions concernées par la question de la mortalité maternelle et de la satisfaction maternelle. Étant une nullipare qui aspire à avoir des enfants dans un avenir proche, nous nous considérons comme une future population visée par cette recherche. Pour assurer la distanciation, nous avons fait des retours réflexifs entre membres de l'équipe de recherche, pour discuter de la compréhension de chacune sur la question.

Nous étions conscientes que notre position de médecin pouvait entraîner une inhibition de la critique. Nous avons révélé, aux participantes, notre profil professionnel de base de médecin tout en précisant le contexte dans lequel l'étude était réalisée : étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal donc projet indépendant de la direction et du personnel de l'établissement où elles ont reçu les soins qui font l'objet des entrevues.

Transférabilité

La transférabilité implique que les résultats de l'étude peuvent s'appliquer dans un autre contexte (Sandelowski, 1986). La petite taille de l'échantillon et l'insuffisance des connaissances en termes d'apport d'informations sont les situations qui pouvaient limiter la transférabilité des résultats. Pour permettre un tel jugement, nous avons décrit le contexte dans lequel se déroule cette étude, celui de portabilité maternelle élevée malgré la forte utilisation des services maternels (Lincoln & Guba, 1985). En outre, un échantillon hétérogène est constitué, avec une description des participants dans la section résultats de l'article scientifique. Quoi qu'il en soit, une étude

phénoménologique n'a pas la prétention de généraliser ses résultats, mais d'offrir une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal et au comité d'éthique de l'école de santé publique de Kinshasa. Toutefois, les participantes sélectionnées pour participer à l'étude, librement et sans aucune contrainte, ont reçu l'information au sujet de l'étude et ont été invitées à signer un formulaire de consentement éclairé. Les participantes pouvaient interrompre la discussion à tout moment particulièrement pour s'occuper de leurs enfants. Tous les frais de déplacement ont été remboursés pour les femmes qui étaient invitées pour les groupes de discussion. Un vêtement pour nouveau-né est donné à chacune des mères interviewées, en guise de dédommagement pour le temps consacré à l'étude.

La confidentialité a été garantie. Les données ont été collectées de manière à respecter la dignité humaine et l'équité. Les noms des participantes ont été remplacés par des pseudonymes dans tous les documents utilisés par l'étude.

Chapitre 5 – Article scientifique

Cet article présente les résultats de l'étude ainsi que la discussion. Les autres parties de cet article peuvent être redondantes avec le reste du mémoire. Le lecteur peut donc choisir de ne lire que les sections résultats et discussion.

Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins maternels reçus?

Chrystelle Kimbembé Mpembele^{1,2}, Marie Hatem^{1,3}

1. Département de médecine sociale et préventive, école de santé publique, Université de Montréal, Montréal, Canada
2. Département de Biostatistique et Épidémiologie, École de santé publique, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Revue scientifique visée : Revue Santé publique

Contribution des auteurs

Chrystelle Kimbembé Mpembele a :

- fait la revue de la littérature,
- rédigé le protocole
- obtenu l'autorisation des comités d'éthique
- effectué la collecte des données,
- analysé et interpréter des données et
- rédigé le rapport final.

Marie Hatem :

- a contribué à la révision du protocole et des outils de collecte de données
- a supervisé l'analyse et l'interprétation des résultats
- a supervisé la rédaction du rapport final
- a validé le rapport final

Résumé

Objectif

Explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels en République Démocratique du Congo (RDC) ainsi que les facteurs associés à leur perception de la qualité des services et des soins reçus.

Méthodes

Il s'agit d'une étude phénoménologique descriptive et interprétative. Quinze (15) entrevues semi-dirigées et quatre (4) groupes de discussion sont réalisés avec des femmes sélectionnées selon un échantillonnage intentionnel à variation maximale dans deux hôpitaux de la zone de santé de Ndjili, RDC. Les discussions sont enregistrées sur dictaphone. L'analyse de contenu des verbatims est faite à l'aide du logiciel QDA Miner version 5.0.19.

Résultats

La quasi-totalité des femmes participantes étaient satisfaites des soins reçus. Les aspects qui ont été les plus déterminants dans cette satisfaction sont une bonne issue des soins et une bonne perception des compétences et attitude des prestataires et leur disponibilité. Cependant, la malpropreté, la négligence dans la prise en charge, la mauvaise gestion de la douleur lors du travail d'accouchement et les frais imprévus sont autant d'aspects des soins qui ont contribué à réduire la satisfaction des femmes.

Conclusion

Les résultats de la présente étude suggèrent une forte satisfaction globale des femmes à l'égard des services de santé maternels mais celle-ci cache de nombreuses failles dans la qualité notamment dans les relations interpersonnelles et la prise en charge de certaines situations cliniques. Une attention particulière doit être portée sur ces aspects pour accroître la qualité des services et soins et contribuer à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile.

Mots-clés : Satisfaction du patient, qualité des soins maternels, services de santé maternelle, entrevues semi-dirigées, phénoménologie, République démocratique du Congo

Abstract

Objective

Explore the satisfaction of women who attend maternal care services in the Democratic Republic of Congo (RDC) as well as the factors associated with their perception of the quality of care received in relation to their perception of the quality of care received.

Methods

It is a phenomenological descriptive and interpretative study. Fifteen (15) semi-structured interviews and four (4) focus groups were conducted with women selected according to intentional sampling with maximum variation in two hospitals in the Ndjili area in RDC. The discussions were recorded on a dictaphone and the analysis of the content of the verbatims was done using QDA Miner software version 5.0.19.

Results

Almost all of the women were satisfied with the care received. The aspects that were the most determining in this satisfaction are good: outcome of care, perception of providers' skills and attitude of providers and their availability. However, uncleanliness, neglect of care, mismanagement of pain during childbirth and unexpected costs were all aspects of the care that helped to reduce the satisfaction of women.

Conclusion

The results of this study suggest a high overall satisfaction of women with perinatal health services, but it hides many flaws in quality, particularly in interpersonal relationships and the management of certain clinical conditions. Special attention must be given to these aspects to increase the quality of healthcare and contribute to the reduction of maternal and neonatal mortality rates.

Keywords: Patient Satisfaction, Quality of Perinatal Health Care, Maternal Health Services, semi-structured interviews, phenomenology, Democratic Republic of the Congo

Introduction

La qualité des soins est une priorité majeure de santé publique pour permettre l'amélioration de la santé des populations (M. Kruk et al., 2017). Cette dernière reste encore un objectif prioritaire dans la plupart des pays en développement, et ce, à cause de la fréquence élevée et de la gravité des problèmes, particulièrement ceux dont souffrent les mères, mais surtout de la persistance de l'affichage des taux de mortalité maternelle élevés (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). En effet, environ 830 femmes décèdent chaque jour, au niveau mondial, de causes liées à la grossesse et à l'accouchement ; 99% de ces décès sont enregistrés dans les pays en développement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

La République Démocratique du Congo (RDC) fait partie de ces pays affichant un ratio de mortalité maternelle de 846 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV), largement au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne et de celle des pays à faible revenu qui sont respectivement de 546 et 496 décès pour 100 000 NV (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014). Pourtant, la RDC affiche de meilleures statistiques en ce qui concerne les indicateurs en matière d'utilisation des services de soins maternels. En effet, environ 88% des femmes reçoivent des soins prénataux dispensés par un personnel formé et près de 80% bénéficient de l'assistance d'un tel personnel lors de l'accouchement (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014). Telle est la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de prévenir les décès maternels pour la plupart dus à des comportements modifiables ou à des causes évitables (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Ce contraste entre le taux élevé de mortalité maternelle et la forte utilisation des services pourrait suggérer des problèmes de la qualité des soins et des services offerts. En effet, les pays à faibles revenus font face à des difficultés qui sont liées souvent à l'absence d'une couverture universelle en soins obstétricaux de qualité (Broek & Graham, 2009; Organisation Mondiale de la Santé, 2018; Yesuf et al., 2014). En RDC, l'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2010

avait identifié la faible qualité des soins comme l'un des cinq goulots qui entravent les performances du système de santé congolais (Institut National de la Statistique et al., 2010).

La qualité des soins telle que définie par l'OMS comporte deux aspects, l'aspect objectif de la prestation des soins et l'aspect subjectif des soins selon l'expérience des femmes et de leurs familles (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Les attentes et les besoins des femmes peuvent différer de celles des prestataires (Tunçalp et al., 2015). Les femmes jouent un rôle central dans la définition de la qualité des soins parce qu'elles choisissent l'endroit où recevoir des soins en fonction de leurs opinions et de leurs expériences antérieures avec les services du système de santé ainsi que de celles de leurs proches (Okafor et al., 2014; Okedo-Alex et al., 2019). Elles n'utilisent souvent pas les services maternels dont la qualité est perçue insuffisante et médiocre (Okonofua et al., 2017; Solnes Miltenburg et al., 2018).

Il y a un consensus croissant sur le fait que la satisfaction est un indicateur de la qualité perçue (Creanga et al., 2017; Tunçalp et al., 2015). La satisfaction des patients est donc un indicateur important pour l'amélioration de l'accès aux soins maternels et de leur qualité (Batbaatar et al., 2015; Srivastava et al., 2015). Son évaluation est importante pour les professionnels de santé, les administrateurs et les décideurs politiques, car la rétroaction permet de déterminer les aspects de soins qui doivent être améliorés ainsi que les obstacles qui doivent être supprimés selon le contexte du pays (Batbaatar et al., 2015; Lewis et al., 2016). Il est donc important de comprendre comment les femmes perçoivent la qualité et conceptualisent leur satisfaction des soins et services reçus. Selon Donabedian (1988), cette qualité réfère aux trois composantes d'un système que sont la structure, le processus des soins et les résultats.

La satisfaction des femmes varie selon les pays. Les facteurs qui l'influencent varient selon les études. Dans la majorité des pays en développement, une grande proportion des femmes sont satisfaites des soins maternels reçus (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Lakew et al., 2018;

Onyeajam et al., 2018; Srivastava et al., 2015). Les écrits révèlent des niveaux de satisfaction plus élevés pour la qualité des soins pendant les consultations prénatales (CPN) que pour les soins intrapartum (Birmeta et al., 2013; Demas et al., 2017; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014; Onyeajam et al., 2018). Le processus des soins en termes de bonnes relations interpersonnelles avec les prestataires de soins, un bon comportement des prestataires qui se manifeste par la courtoisie et le respect étaient des déterminants importants de la satisfaction. Les autres aspects du processus des soins, tels que la communication thérapeutique, la perception des compétences du soignant et le respect de la vie privée des femmes, avaient aussi une influence sur la satisfaction des femmes (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Gitobu et al., 2018; Okonofua et al., 2017; Srivastava et al., 2015). Cependant, dans un contexte de gratuité des soins, les femmes ont tendance à accorder plus d'importance aux éléments liés à la structure. En effet, le surpeuplement qui survient dans les milieux des soins maternels peut nuire à la perception de la qualité des soins. Ceci peut se manifester par un débordement des salles d'attente, un problème de la propreté, une rupture de stock en médicaments, une indisponibilité du matériel médical et un manque d'intimité ou de confidentialité (Gitobu et al., 2018). Plusieurs facteurs liés aux caractéristiques des femmes ou à leur état de santé peuvent modifier leur point de vue sur les services rendus. En effet, plusieurs études avaient trouvé que l'âge de la femme, son niveau d'instruction et son niveau économique sont des facteurs influençant leur perception de la qualité des soins (Getenet et al., 2019; Kambala et al., 2015; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014). En outre, la survenue d'une complication et la survie du nouveau-né sont d'autres facteurs qui peuvent également influencer la satisfaction des femmes quant à la qualité perçue des soins (Srivastava et al., 2015; Tesfaye et al., 2016).

En RDC, malgré les meilleures statistiques affichées lors de la deuxième « enquête démographique et de santé » concernant les indicateurs d'utilisation des services (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la Santé Publique, 2014), le taux de mortalité paradoxalement élevé suggère des problèmes dans la qualité des services rendus. Or, actuellement, la question de la qualité de soins en RDC n'a largement concerné que la qualité objective vue sous l'angle des professionnels de santé. Il n'existe, à notre

connaissance, aucune étude qui a évalué systématiquement la satisfaction des femmes quant à leur utilisation des services de santé maternels et leur perception de la qualité des soins reçus. La présente étude a pour objectif d'explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels en RDC ainsi que les facteurs associés à leur perception de la qualité des soins reçus afin de faire l'éclairage sur le paradoxe qui existe entre la forte utilisation et les taux élevés de morbidité et mortalité qui caractérisent le pays. Ainsi, l'étude a pour but ultime de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et soins pour contribuer à réduire les mortalités et ce, par une meilleure compréhension des critères de qualité perçue des services maternels.

Cadre conceptuel

Le modèle proposé par Donabedian (1988) ainsi que sur les études qui ont été menées sur ce sujet dans les pays en développement (Asha Panth & Praveena Kafle, 2018; Srivastava et al., 2015) nous ont permis d'élaborer le cadre conceptuel qui guide la présente étude. Selon le modèle de Donabedian, les composantes de la satisfaction peuvent être regroupées dans trois catégories : structure, processus et résultats. La structure fait référence au contexte dans lequel les soins se déroulent. Celui-ci comprend l'environnement organisationnel, les médicaments, le matériel médical et la main-d'œuvre. Il comprend aussi les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des femmes qui sont des prédicteurs de la satisfaction. Le processus fait référence aux activités de déroulement de soins et leur conformité avec les normes professionnelles ainsi que sur leur utilisation par les femmes. Les résultats font référence aux effets des soins sur la santé des femmes (Donabedian, 1988).

Ces trois (3) catégories sont liées de façon bidirectionnelle. Le lien du haut en bas représente ce que Donabedian appelle « la validité causale », c.-à-d. qu'avoir de bons éléments de structure pourrait permettre d'avoir un bon processus des soins, ce qui va générer de bons résultats. Le lien du bas vers le haut représente « la validité d'attribution » c.-à-d. que les effets de santé obtenus sont la résultante d'un bon processus de soins et d'une bonne structure (Bélanger et al., s. d.).

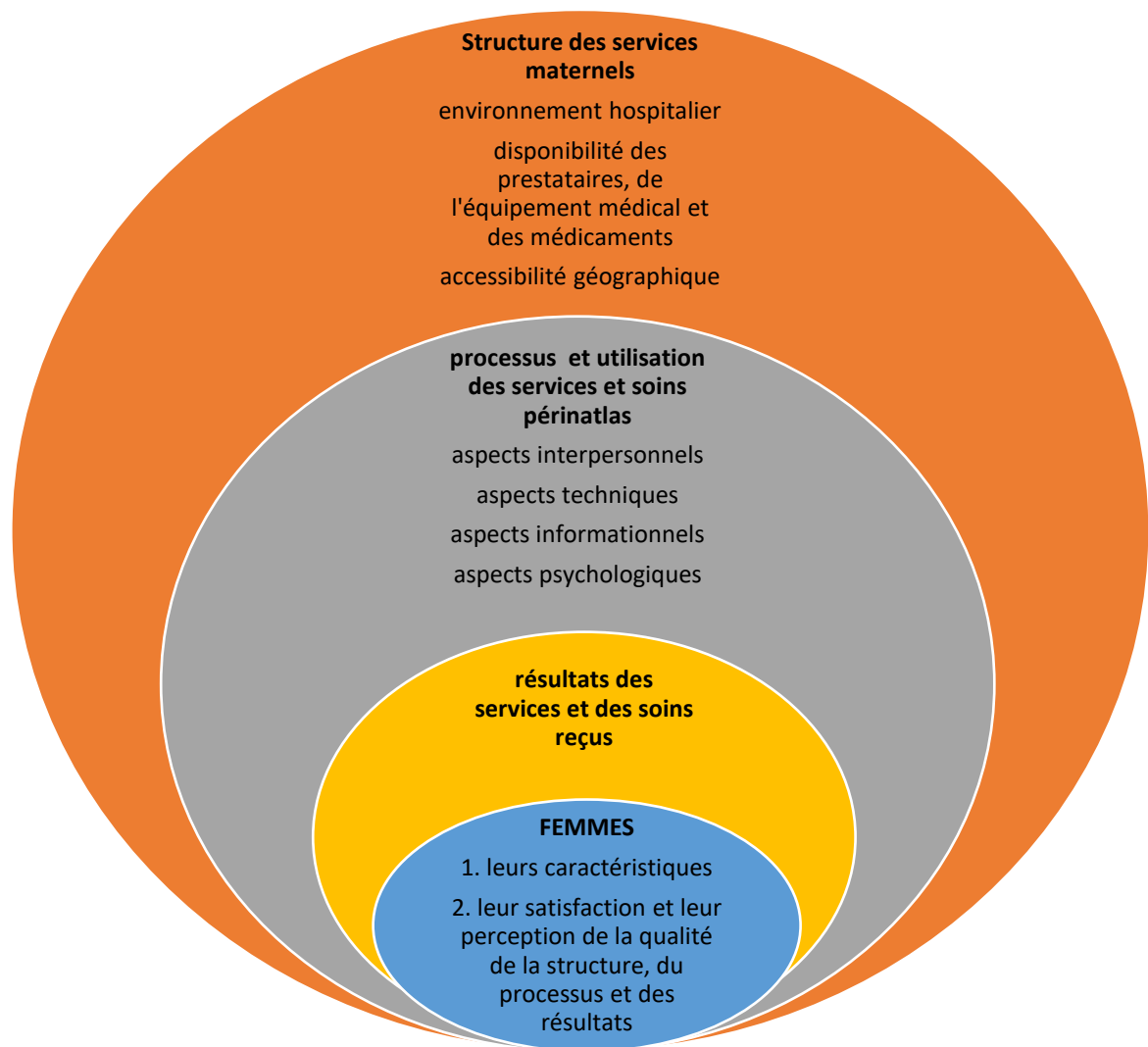


Figure 1. Cadre conceptuel adoptant le cadre de Donabedian (1988) pour l'exploration de la satisfaction et de la perception par les femmes de la qualité des services et des soins maternels

Ce cadre schématise ces trois dimensions interreliées mais également la perception de leur qualité, positive ou négative, par les bénéficiaires qui est présentée au cœur du cadre. Ce niveau comprend les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des femmes participantes qui seraient des prédicteurs de leur satisfaction. Ainsi les femmes, avec leurs caractéristiques et leur satisfaction/perception de la qualité de ces trois dimensions des services, se trouvent au cœur du cadre. Leur position explique l'influence, des trois dimensions de haut en bas, sur leur satisfaction/perception de la qualité qui devraient en retour, avoir une influence vers le haut

dans le but de contribuer à leur amélioration. Ce retour pourrait survenir lorsque les femmes sont écoutées pour exprimer leur satisfaction ainsi que leurs perceptions de la qualité indépendamment de la qualité objective de la structure, du processus et des résultats.

Objectifs de l'étude

Notre objectif général est d'explorer la satisfaction des femmes qui fréquentent les services de soins maternels - en CPN, périnatal et en postpartum – dans des ZS de la RDC ainsi que les dimensions de la structure, du processus/de l'utilisation et des résultats de services associés à leur perception de la qualité des soins reçus.

Plus spécifiquement, il s'agit d'explorer la satisfaction et la perception de la qualité:

- de la structure des services pré-per et postnatals;
- du processus selon lequel ces services sont reçus/utilisés; et,
- des résultats des services utilisés et des soins reçus

qu'ont les femmes utilisant les services prénatals, périnatals et postnatals dans des FOSA dans des zones de santé de de N'djili, RDC.

Méthodes

Site d'étude

Avec une superficie de 9.965 km² et une population estimée à 11,86 millions d'habitants, la ville province de Kinshasa est la troisième ville la plus peuplée d'Afrique (après le Caire et Lagos). Elle est constituée de six circonscriptions sanitaires, dont celle de la Tshangu où se trouve la Zone de santé (ZS) de N'djili située dans la partie Est de la ville. La ZS de N'djili nous a servi de site d'étude. Ce dernier a déterminé par choix raisonné, car la problématique de la mortalité maternelle y est similaire à celle du pays (Ministère de la Santé Publique, 2017b).

Type d'étude

Afin d'atteindre l'objectif de l'étude soit d'explorer la satisfaction et la perception de la qualité qu'ont les femmes de la structure des services pré-per et postnataux, du processus selon lequel ces services sont reçus/utilisés et des résultats des services utilisés et des soins reçus dans des FOSA dans des zones de santé de de N'djili, RDC, une approche phénoménologique descriptive et interprétative est adoptée. Ce devis a permis de recueillir les propos des femmes à différents moments du continuum des services et soins maternels. Il a tenu compte des conditions contextuelles du phénomène à l'étude. Le choix méthodologique est justifié par les lacunes par rapport aux connaissances actuelles sur le sujet. Il a permis d'explorer en profondeur le phénomène tel qu'il était vécu et perçu par les principales concernées, les femmes, car les données recueillies n'étaient pas délimitées par des catégories prédéterminées (Ribau et al., 2005).

Population à l'étude et échantillonnage

Cette étude s'est déroulée dans deux FOSA de la ZS de N'djili : l'hôpital général de référence de N'djili (HGR) et la maternité Bomoi. Elle a ciblé trois catégories de populations de femmes celles enceintes, nouvellement accouchées ou qui ont déjà accouché et au moment de réaliser l'étude sur le terrain.

L'échantillonnage a suivi la méthode non probabiliste :

Les participantes ont été sélectionnées par la chercheuse principale dans les FOSA à partir de leurs dossiers médicaux. Pour chacune des catégories, elle a procédé à une sélection selon un échantillonnage intentionnel à variation maximale suivant les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales. L'échantillon constitué est hétérogène permettant d'augmenter la transférabilité des résultats. Ainsi, les femmes nouvellement accouchées ont été recrutées au niveau des FOSA parmi les femmes en post-partum immédiat pour éviter le biais de rappel ; les femmes enceintes ainsi que celles ayant déjà accouché ont respectivement été recrutées au niveau des FOSA lors de leurs visites prénatale ou rejointes à partir du centre de santé lors de leurs différentes visites de vaccination.

Ces femmes ont répondu aux critères d'inclusion suivants :

- Avoir la capacité d'échanger ;
- Être disponible ;
- Parler couramment le lingala ou le français ; et,
- Donner son consentement écrit.

Nous avons effectué : 15 entrevues semi-dirigées avec les femmes nouvellement accouchées; deux groupes de discussion constitués respectivement de 7 et 8 femmes anciennes accouchées; et, deux groupes de discussion constitués chacun de 7 femmes enceintes. Cet échantillon a permis d'atteindre la saturation des données (Holton, 2010).

Collecte des données

Deux techniques de collecte de données participatives ont été utilisées à savoir :

- Les entrevues semi-dirigées, réalisée au domicile des participantes, permettent d'accéder à leur expérience subjective. La discussion a duré en moyenne 25 minutes ; et,
- Les groupes de discussion, réalisés dans une pièce séparée au sein de la FOSA, permettent de comprendre le point de vue d'un groupe, profiter de l'effet de groupe pour saisir les similitudes et contradictions dans les discours des femmes. Ils ont duré en moyenne 45 minutes.

Ces méthodes de triangulation des techniques et des lieux de collecte de données ont permis d'augmenter la crédibilité de nos résultats (Drapeau, 2004). Ces entrevues et groupes de discussion ont été menés en français ou en lingala, langues les plus couramment parlées en RDC. Ils ont été menés par la chercheure principale et enregistrés en utilisant un dictaphone pour éviter la perte d'informations.

Le guide d'entretien utilisé comprenait une partie structurée des caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales des participantes. Les thèmes abordés lors de la discussion avec les femmes portaient sur les dimensions du cadre de référence.

La collecte des données a été précédée d'un prétest des outils dans les FOSA non sélectionnées pour la présente étude. Ce test a été réalisé dans des conditions aussi fidèles que possible aux conditions réelles de la collecte, ce qui a permis de tester la compréhension des questions par les femmes ainsi que les autres aspects méthodologiques tels que leurs réactions vis-à-vis de la procédure utilisée, l'instrument de collecte de données, la technique d'échantillonnage utilisée, etc. Toutes les remarques et suggestions ont été intégrées dans le guide d'entretien final.

Traitement et analyse des données

Les données quantitatives

Les caractéristiques des participantes ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS version 25. Les variables catégorielles ont été résumées sous forme de proportions et les variables continues ont été décrites en utilisant la moyenne et écart-type étant donné que la distribution de ces données est symétrique.

Les données qualitatives

Le traitement et l'analyse des données ont été faits en suivant les quatre (4) étapes de la réduction phénoménologique (Ribau et al., 2005) :

a. La transcription des verbatim

Les enregistrements audio ont été transcrits intégralement en français et gardés sous format Word. Ces transcriptions ont été corrigées avec la réécoute des enregistrements audio et

complétées avec des notes prises sur le terrain et les informations non verbales pertinentes (ex. silence, hésitation, soupirs, rire). Ces informations ont en effet une place importante dans le discours d'une personne, car elles donnent souvent un autre sens aux mots (Van Manen, 1997). Ces informations étaient puisées de nos fiches synthèses remplies pour chaque entrevue semi-dirigée et chaque groupe de discussion. Cette fiche contenait en outre les informations sur les circonstances de déroulement de l'entrevue, le lieu de l'entrevue, le contexte de la réalisation de l'entrevue, les thèmes abordés, les thèmes émergents et les commentaires personnels.

b. La familiarisation avec les transcriptions

Qualifiée d'approche globale (Van Maren 1997), la familiarisation a consisté en la lecture et relecture des transcriptions qui ont permis de ressortir les premières interprétations.

c. La formation des unités de signification

Une analyse de contenu hybride (inductive-déductive) a été effectuée en s'inspirant du cadre théorique du départ (déductif) mais flexible par la découverte des nouveaux concepts par induction. L'analyse a été effectuée en lisant chaque phrase des discussions pour ressortir les codes associés (Van Manen, 1997) : extraction des passages porteurs de sens et attribution de codes. Ces codes ont ensuite été reliés entre eux, groupés, hiérarchisés et ordonnés, ce qui a généré les thèmes globaux et ceux subordonnés. Ces étapes de codification et de catégorisation correspondent aux approches sélective et détaillée décrites (Van Manen, 1997). Le logiciel QDA Miner version 5.0.19 a été utilisé pour la gestion des données.

d. La description et l'interprétation des données

Les similitudes et les contradictions dans les propos des participantes ont été examinées (Polit & Beck, 2011; Van Manen, 1997). Ensuite, les résultats ont été critiqués sur base du contexte de la RDC, qui est celui de la morbidité et mortalité maternelle élevée paradoxalement à la forte

utilisation des services maternels. Ils ont aussi été interprétés sur base des caractéristiques des mères qui sont des déterminants de la perception de la qualité des soins et de la satisfaction. Enfin, les résultats ont été confrontés à ceux de la littérature.

Critères de scientificité

La rigueur méthodologique a été atteinte grâce à la garantie de la vérification, la validation et la validité (Morse et al., 2016)

Vérification

La vérification a été effectuée en confrontant et complétant les données transcrites avec les notes des fiches synthèses, en constituant un échantillon hétérogène adéquat et en collectant les informations jusqu'à atteindre la saturation des perspectives (Morse et al., 2016).

Validation

La validation a été possible grâce à la triangulation de deux techniques de collecte de données à savoir les entrevues semi-dirigées et les groupes de discussion. Les entrevues étaient réalisées en premier et les groupes de discussion ont servi à avoir les perceptions d'un groupe et de vérifier certains aspects émergents des entrevues semi-dirigées. En outre, elle a consisté à rechercher, pendant l'analyse des discours contrastés secondaires à l'influence des caractéristiques sociodémographiques ou obstétricales variées inclus dans notre échantillon.

Validité

La validité est couverte sous deux angles : la crédibilité et la transférabilité (Drapeau, 2004).

Crédibilité

Certaines situations pouvaient porter atteinte à la crédibilité de l'étude. Ainsi, les groupes de discussion menés dans les FOSA pouvaient présenter le risque d'inhibition de la critique des

participantes et le biais de désirabilité sociale en raison du lieu de collecte de données et de la relation soignant-soigné qui est reconnue problématique (Freedman & Kruk, 2014).

Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour augmenter la crédibilité de l'étude :

- Triangulation des méthodes de collecte de données telle que décrite ci-dessus;
- Triangulation des lieux de collecte de données telle que décrite ci-dessus; et,
- Réflexivité : en tant que femme et médecin, nous nous sentions concernées par la question de la mortalité maternelle et de la satisfaction maternelle. Étant une nullipare qui aspire à avoir des enfants dans un avenir proche, nous nous considérons comme une future population visée par cette recherche. Pour assurer la distanciation, nous avons fait des retours réflexifs entre membres de l'équipe de recherche, pour discuter de la compréhension de chacune sur la question.

Nous étions conscientes que notre position de médecin pouvait entraîner une inhibition de la critique. Nous avons révélé, aux participantes, notre profil professionnel de base de médecin tout en précisant le contexte dans lequel l'étude était réalisée : étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal donc projet indépendant de la direction et du personnel de l'établissement où elles ont reçu les soins qui font l'objet des entrevues.

Transférabilité

La transférabilité implique que les résultats de l'étude peuvent s'appliquer dans un autre contexte (Sandelowski, 1986). La petite taille de l'échantillon et l'insuffisance des connaissances en termes d'apport d'informations sont les situations qui pouvaient limiter la transférabilité des résultats. Pour permettre un tel jugement, nous avons décrit le contexte dans lequel se déroule cette étude, celui de portabilité maternelle élevée malgré la forte utilisation des services maternels (Lincoln & Guba, 1985). En outre, un échantillon hétérogène est constitué, avec une description des participants dans la section résultats de l'article scientifique. Quoi qu'il en soit, une étude phénoménologique n'a pas la prétention de généraliser ses résultats, mais d'offrir une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal et au comité d'éthique de l'école de santé publique de Kinshasa. Toutefois, les participantes sélectionnées pour participer à l'étude, librement et sans aucune contrainte, ont reçu l'information au sujet de l'étude et ont été invitées à signer un formulaire de consentement éclairé. Les participantes pouvaient interrompre la discussion à tout moment particulièrement pour s'occuper de leurs enfants. Nous avons remboursé tous les frais de déplacement pour les femmes qui étaient invitées pour les groupes de discussion et en guise de dédommagement pour le temps consacré à l'étude, nous avons donné un vêtement de nouveau-né, pour chacun des enfants des mères interviewées.

La confidentialité a été garantie. Les données ont été collectées de manière à respecter la dignité humaine et l'équité. Les noms des participantes ont été remplacés par des pseudonymes dans tous les documents utilisés par l'étude.

Résultats

Cette section présente une description des résultats de l'étude sur la perception des femmes et leur satisfaction quant à la qualité des services et soins maternels reçus – en CPN, périnatal et postpartum – dans les ZS de N'djili en RDC et ce, en ce qui a trait aux dimensions de la structure, du processus/de l'utilisation et des résultats des soins. Les différentes catégories qui ont émergé de notre analyse sont présentées avec des codes et les verbatims qui les illustrent. Une carte conceptuelle est présentée à la fin de cette section. Deux FOSA ont été incluses pour site de l'étude : HGR de N'djili qui est un hôpital étatique et la maternité Bomoï qui est un centre conventionné salutiste.

Les résultats sont présentés selon les trois (3) parties suivantes : 1) les caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales des participantes; 2) la satisfaction des participantes des soins reçus faisant ressortir les différents aspects des soins des dimensions de la structure, du processus et des résultats des services associées à leur perception de la qualité des soins reçus.; et, 3) l'utilisation ultérieure des services.

Caractéristiques des participantes

Les caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales des participantes sont présentés dans les tableaux 3 et 4 ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des mères

Variables (n = 44)	Fréquence	Pourcentage (%)
Âge (en années)		
< 24	10	22,7
25 – 29	19	43,2
30 – 34	11	25,0
≥ 35	4	9,1
Moyenne d'âge ± Écart-type	28,0 ± 5,2	
Étendue d'âge (en années)	18 – 41	
Niveau de scolarité		
Primaire	7	15,9
Secondaire	26	59,1
Post-secondaire	2	4,5
Supérieur	9	20,5
État matrimonial		
Célibataire	10	22,7
Mariée	34	77,3
Occupation lucrative		
Ménagère	17	38,6
Commerçante	14	31,8
Couturière	8	18,2
Autre	5	11,4
Revenu familial		
Faible	9	20,5
Moyen	26	59,0
Élevé	9	20,5

Près de la moitié des participantes (43,2%) avaient entre 25 et 29 ans. La moyenne d'âge était de 28,0 ± 5,2 ans (18 - 41 ans). Quant à leur niveau d'instruction, 59,1% avaient terminé leurs études secondaires. Plus des trois quarts des participantes (77,3%) étaient mariées. Près d'un tiers (38,6%) n'avait aucune occupation lucrative. Plus de la moitié des mères (59,0%) avaient un niveau de revenu familial moyen.

Tableau 2. Caractéristiques obstétricales des mères

Variables	Fréquence	Pourcentage
Parité (n = 44)		
Primipare	15	34,1
Multipare	29	65,9
Début CPN (Age gestationnel moyen \pm écart-type) (n = 44) en mois	4 \pm 1,36	
Nombre de CPN (n = 30)		
< 4	7	23,3
4	8	26,7
> 4	15	50,0
Mode d'accouchement (n = 30)		
Voie basse avec périnée intact	17	56,7
Voie basse avec épisiotomie	4	13,3
Voie basse avec déchirure	8	26,7
Voie haute	1	3,3
Complication (n = 30)		
Oui	5	16,7
Non	25	83,3
Type de complication (n = 5)		
Infection	3	60,0
Hémorragie	1	20,0
Rétention placentaire	1	20,0

Le tableau 4 présente les caractéristiques des participantes qui étaient plutôt des multipares (65,9%). La majorité avaient effectué au moins 4 visites prénatales (76,7%) pour un âge gestationnel moyen de 4 \pm 1,36 mois à la première CPN. La quasi-totalité avait accouché par voie basse et 16,7% des participantes avaient eu une complication dont la plus fréquente était l'infection puerpérale.

Satisfaction des soins reçus par les participantes

De façon globale, la majorité des femmes étaient satisfaites de leur expérience de la maternité dans les institutions choisies. Cependant, les femmes ont exprimé leur perception de la qualité des dimensions de la structure de la FOSA, du processus des services et soins reçus et des

résultats de ces soins. Elles ont souligné les points positifs et négatifs de leur expérience, et comment ceux-ci avaient influencé leur satisfaction. Ainsi, les résultats seront présentés selon les dimensions qualifiées comme source de satisfaction ou d'insatisfaction par la majorité des participantes.

1. Les aspects ayant satisfait la majorité des femmes

En lien avec notre cadre de référence, les aspects des services et des soins qui ont satisfait la majorité des femmes étaient en lien avec la structure et les résultats. Nous avons résumé les propos des mères sous les thèmes et sous-thèmes suivants :

a. En lien avec la structure : l'accessibilité de la FOSA

Sous ce thème, nous distinguons l'accessibilité géographique qui comprend la proximité de la FOSA et la disponibilité des moyens de transport; et l'accessibilité financière dans le sens des soins abordables.

- **Proximité de la FOSA**

La quasi-totalité des participantes vivait à proximité de la FOSA choisie pour leurs soins maternels et en était satisfaite. Pour la plupart, la proximité avait été un critère qui avait guidé leur choix. En effet, les participantes se sentaient rassurées pour éviter le retard dans leur prise en charge, mais aussi pour des raisons de sécurité de façon générale dans la ville. Pour d'autres cependant, c'était juste une question de commodité. La plupart des femmes se rendaient à pied à la FOSA; peu de femmes utilisent le transport en commun pour s'y rendre.

*Par rapport à là où j'habite maintenant, l'hôpital roi Beaudouin est un peu loin alors que HGR est tout proche. J'ai réfléchi que cela risque de me demander de prendre un transport et cela risque de me causer du tort. Et comme je n'avais personne aussi pour garder mes enfants, j'avais préféré aller à HGR qui est proche et laisser les enfants sous la surveillance de mes voisins pendant un court temps (Marlene, 30 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Coûts des services**

La plupart de participantes étaient satisfaites des coûts de services. Les coûts ont été perçus comme abordables, n'ayant aucune incidence sur le budget familial, quoiqu'élevés par rapport à d'autres institutions sanitaires.

*Les prix sont corrects mais c'est trop cher par rapport aux autres hôpitaux que ce soit pour les CPN que pour la maternité (Nancy, 27 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

b. En lien avec la structure : la disponibilité des ressources humaines et matérielles

Sous ce thème, nous distinguons les aspects des soins qui définissent l'environnement physique de la FOSA et qui déterminent dans la majorité des cas le choix de celle-ci par les mères.

- **Disponibilité des prestataires des soins**

Elle a été définie par les participantes comme le fait qu'une FOSA détienne plusieurs médecins qui sont permanents pour la recherche des solutions à leurs problèmes de santé. Cette disponibilité est citée comme l'un des critères importants dans le choix de la FOSA, particulièrement pour les primipares plutôt que les multipares.

*Premièrement parce que c'est un très grand hôpital, il y a beaucoup de médecins là-bas. Comme on dit que pour le premier accouchement il y a des complications, je ne voulais pas aller dans les petits hôpitaux. Parce que si tu as une complication la nuit par exemple, il y a assez de médecins pour intervenir (Nancy, 27 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

*Parce que c'est un grand hôpital, tous les problèmes que vous avez si vous y allez, les médecins sont permanents et en plus ils sont nombreux. Si vous avez un problème, tu verras que les médecins vont s'appeler pour mettre en commun leurs connaissances (Marlene, 30 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

Ceci était aussi le cas pour les multipares aux situations particulières telles que de grands intervalles intergénésiques, des complications ou une césarienne lors des précédentes grossesses.

*Je voulais aller à Bomoï, mais vu ma situation, j'ai préféré HGR. Il y a un grand écart avec mon dernier enfant. Et avec ma santé qui dérangeait. Bomoï est bien parce qu'ils font un bon suivi, mais ils ne font pas de césarienne. Ils te transfèrent à Roi Beaudouin qui eux vont te transférer à leurs tours à HGR. Je trouve que le transfert est un risque parce que c'est ce retard dans la prise en charge qui peut entraîner la mort ou la perte de l'enfant (Nadine, 39 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Disponibilité du matériel**

La majorité des femmes était satisfaite de la disponibilité du matériel médical dans les FOSA.

*Je suis satisfaite. Pour les CPN par exemple, bien que ce soit cher, mais c'est bien. Ils ont beaucoup d'appareils pour faire le suivi de l'enfant. Ils ne font pas faire des exercices physiques comme dans les autres hôpitaux. Ici, tout se passe avec les appareils. Et aussi les examens médicaux, même si c'est cher, mais c'est bien (Nancy, 27 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

Pour une minorité de femmes cependant, les attentes allaient au-delà du matériel médical et impliquaient leur confort en termes de bonne infrastructure. Ces femmes étaient insatisfaites et avaient exprimé leurs inquiétudes quant à l'impact, des installations défectueuses ou du matériel médical manquant, sur leur santé et sur celle de leurs enfants:

*Les vitres des fenêtres sont déjà cassées. Ils doivent même mettre des rideaux qu'on descendrait la nuit et remonterait la journée pour aérer la chambre. Mais ils ont laissé ça ouvert de sorte que quand il pleut, il fait trop froid pour les enfants. Ils doivent en outre mettre des draps sur les lits, car ils sont sans draps, juste le pastique et on met nos pagnes dessus (Sandra, 32 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*Ils en manquent certains parce qu'il y avait une femme qui avait accouché prématurément et ils n'avaient pas l'appareil où l'on met les bébés. Je ne sais pas tout, mais je sais que cette femme avait eu un enfant d'environ 1 kg et ils n'avaient pas où le mettre. Ils l'avaient donc transféré à HGR (Mireille, 29 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

c. En lien avec le processus : le déroulement des soins

Cinq aspects des soins ont influencé la satisfaction des participantes quant à la perception de la qualité de l'attitude des prestataires, du temps de passage, de la communication thérapeutique, du respect de l'intimité, de la compétence technique des prestataires de soins et des coûts des services.

- **L'attitude des prestataires**

Elle comprend un bon accueil et le traitement des participantes avec respect et dignité. La majorité des participantes avaient rapporté un bon accueil et un bon traitement plutôt lors des CPN et des consultations postnatales (CPON) que lors de l'accouchement. Ceci se manifestait par de bonnes paroles, le traitement avec respect ou une bonne gestion de la douleur au moment du travail. Les femmes moins âgées ou primipares étaient moins satisfaites de l'attitude des prestataires que celles qui sont plus âgées ou multipares.

*Ce sont surtout les jeunes filles. Quand c'est leur première fois d'accoucher, elles ne voient que leur douleur au lieu d'obéir aux recommandations des sages-femmes. Quand elles leur disent de faire ceci ou cela, elles pensent qu'on les néglige alors que ce n'est pas dans ce sens. Parce que quand tu es sur le point d'accoucher, ça fait vraiment mal. Je ne sais pas si vous avez déjà eu des enfants, mais quand cette douleur arrive, elle te fait perdre tes moyens. Tu peux même te déshabiller. Donc elles pensent qu'on les embête (Rose, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

- **La communication thérapeutique**

Les participantes ayant suivi les CPN à Bomoï étaient satisfaites des séances de conseils organisées lors de différentes visites prénatales tout comme les participantes qui avaient accouché à l'HGR de N'djili étaient insatisfaites de l'absence de ces séances communément appelées « Mateya » en langue locale.

*J'ai beaucoup apprécié leurs conseils et enseignements. Cela m'a beaucoup aidée parce qu'il faut dire que j'ai beaucoup souffert lors de cette grossesse. À 7 mois de grossesse, j'avais commencé à saigner. C'était ma première fois de vivre pareille situation. Quand j'ai rencontré le médecin, il m'a conseillé d'éviter de longs trajets, de prendre la motocyclette ou de porter des choses qui sont lourdes pour protéger mon enfant... avec les mateya, elles te disent comment te comporter ou agir face à une situation qui t'arrive et cela m'a beaucoup aidée (Rose, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*« Quand tu y vas, tu entres et puis tu sors contrairement à ce qu'on entend dire qu'elles doivent donner des mateya aux femmes enceintes. À la maternité des sœurs religieuses par exemple, elles vous fixent un rendez-vous un jour pour vous fournir des conseils sur plusieurs sujets comme nous sommes encore trop jeunes. Elles peuvent te parler sur comment se laver, d'éviter les habits serrés, de ne pas mettre de hauts talons (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

La plupart des participantes en intrapartum ignoraient la qualification de la personne qui avait dirigé leur accouchement. Notre analyse ne note cependant aucune incidence de cet aspect sur la satisfaction des participantes qui était plus influencée à ce stade par la perception de la compétence technique du prestataire des soins et par son attitude à leur égard.

C'est une jeune fille qui m'a aidée à accoucher. Nous pouvons avoir à peu près le même âge... je ne sais pas si elle était médecin, infirmière ou stagiaire. Elle était habillée en blanc... Elle était vraiment très gentille. Elle avait vraiment supporté mes caprices parce qu'à un moment donné j'avais uriné dans mes habits, mais elle n'a pas eu à tenir des propos

*blessants envers moi ou même me crier dessus (Odette, 25 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

- **Le respect de l'intimité**

L'intimité de beaucoup de participantes était plus respectée lors des CPN que lors de l'accouchement, mais ceci n'avait pas eu une influence sur leur satisfaction globale.

*Il y a beaucoup de stagiaires. Cela ne m'a pas vraiment dérangée. Au contraire, j'ai trouvé que cela mettait une très bonne ambiance surtout quand mon enfant est sorti. Ils étaient super contents et l'ont surnommé mutu ya bandundu pour parler de ma province d'origine (Nancy, 27 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

- **La compétence technique des prestataires de soins**

La quasi-totalité des participantes était satisfaite de la compétence technique des prestataires de soins. Elles percevaient cela en termes de nombres d'années d'expérience du travail et d'apport des solutions aux problèmes présentés. La perception de la compétence technique des prestataires avait été pour plusieurs participantes un élément important dans le choix de la FOSA.

*Mise à part leur attitude qui des fois n'est pas bonne, elles connaissent leur travail. Elles sont compétentes parce qu'elles dirigent beaucoup d'accouchements et cela se passe sans problème. Elles reçoivent beaucoup de femmes aux consultations prénatales (Rose, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*Mon médecin est compétent, car quand j'étais rentrée pour lui montrer les résultats des examens médicaux, les médicaments qu'il m'avait prescrits m'avaient vraiment soigné...vu que j'avais vraiment des démangeaisons et j'avais des petites plaies sur les lèvres de mon vagin au point que j'avais mal quand j'urinais. Mais quand j'ai pris ces médicaments le premier, le deuxième puis le troisième jour, j'étais complètement soulagée, j'ai senti que j'étais complètement guérie (Odette, 25ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

d. En lien avec les résultats du fonctionnement des structure et processus

L'issue de la grossesse qui comprend la survie de la mère ou de l'enfant et la survenue des complications était un aspect très important qui avait influencé fortement la satisfaction des participantes. En effet, la majorité qui étaient satisfaites ou non de la plupart des aspects des soins avaient exprimé leur satisfaction en ne tenant compte que de l'issue des soins. Une femme qui s'était dit satisfaite de façon globale pouvait changer son avis si les choses s'étaient mal déroulées.

*Je suis satisfaite parce que j'avais plusieurs problèmes, je pouvais aussi perdre mon enfant, mais ils ont vraiment de l'expérience et m'ont aidée dans ce sens (Bibiche, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*Ce que j'ai le plus apprécié cette fois, c'est seulement le fait que quelque chose de mal pouvait m'arriver, mais elles ont tout fait pour que ça ne m'arrive pas (Mireille, 29 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

2. Les aspects n'ayant pas satisfait la majorité des femmes

En lien avec notre cadre de référence, les aspects des soins qui n'ont pas satisfaits la majorité des femmes sont plus en lien avec le processus et quelque peu avec la structure.

a. En lien avec la structure : l'environnement physique de la FOSA

Sous ce thème, les femmes étaient particulièrement insatisfaites de la malpropreté des FOSA, des insuffisances du service ménager disponible et de l'accessibilité des certains services essentiels

- **Propreté**

Ceci inclut la propreté des lieux de l'hôpital auxquels les femmes avaient accès (ex. salle d'attente, chambres, salle de travail, salle d'accouchement).-La quasi-totalité des participantes

n'était pas satisfaite de la propreté des toilettes, de la salle de séjour postpartum et de la salle à manger. Les participantes qui avaient déjà accouché dans la FOSA étaient plus susceptibles d'être insatisfaites que celles qui étaient encore à leurs visites prénatales.

*La propreté est un réel problème. Dans les chambres où nous étions, les moustiquaires étaient très sales...c'était vraiment très sale. Il y avait même des cancrelats. La salle d'attente était propre, mais aussi la salle d'accouchement parce que les sages-femmes les nettoyaient elles-mêmes sans attendre les femmes de ménage. La salle où on nous met quand on vient d'accoucher était aussi sale et sentait mauvais. On l'avait surnommée cachot (Rose, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*La salle d'attente est propre. Le problème, ce sont leurs toilettes...quand je venais pour les visites prénatales, je les trouvais toujours propres...mais quand j'ai accouché que j'ai bien su ce qu'il en était. La propreté varie selon les moments de la journée. En milieu de journée, parfois, ça se remplit de selles, il n'y a pas d'eau pour évacuer, mais les gens continuent de l'utiliser (Nancy, 27 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Qualité médiocre du service ménager**

Toutes les FOSA avaient un service d'entretien ménager, mais la qualité de celui-ci pouvait poser un problème. La moitié des participantes n'étaient pas satisfaites des agents de services qu'elles jugeaient d'inefficaces et de démotivés, la plupart du temps. Certaines femmes estimaient néanmoins avoir une part de responsabilité dans la gestion des espaces communs pour éviter les infections dont elles pouvaient être les premières victimes.

*[...] On s'était plaint auprès des médecins, mais ils nous ont dit que le personnel de l'entretien ménager avait un retard de paiement de 2 mois et ils étaient donc fâchés... les femmes qui sont censées nettoyer sont déjà vieilles. Elles ne peuvent pas faire du bon travail comme les jeunes filles parce qu'elles n'ont plus de force. Tu les vois nettoyer, avec pas assez d'eau et elles le font très vite (Rose, 41 ans, Bomoï, **groupe de discussion**).*

*Elles nettoient la salle de travail, mais certaines mamans se lavent en dehors des douches et laissent l'eau stagner à cet endroit. Mais les mamans nettoyaient toujours cette salle (Valérie, 26 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Accessibilité de certains services essentiels**

Les FOSA avaient des règlements qui étaient perçus comme négatifs par la plupart des participantes. Il s'agit de : l'accès payant aux toilettes, l'utilisation limitée des douches et les amendes.

À HGR, l'accès aux toilettes était payant en dépit des frais que les femmes payaient en suivant leurs CPN dans cette FOSA ou en y étant admises après leur accouchement.

*C'est propre. Ils nettoyaient chaque matin les chambres. Les toilettes aussi étaient devenues propres, mais il faut payer pour y accéder. Les douches aussi étaient propres (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

*Quand je venais aux visites prénatales, les toilettes étaient très sales, mais on nous faisait payer pour y accéder. Quand j'ai accouché, ils m'ont remis un jeton et on payait 500 francs congolais pour 3 jours d'utilisation ou 1000 francs congolais pour 8 jours d'utilisation...mais si tu veux seulement 1 jour, tu vas payer 200 francs congolais à chaque fois que tu y vas. Même pour les visiteurs, ils doivent payer 200 francs congolais sinon ils n'y accèdent pas (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

À Bomoï, l'utilisation des douches était limitée à des heures précises et des amendes étaient imposées aux femmes - situation vécue par les participantes - qui n'obéissaient pas à certains règlements. Ceci avait occasionné des frais imprévus pour quelques participantes.

*Les douches sont propres, mais ce n'est pas bien c'est qu'on nous oblige à nous laver à 4h ou 5h du matin. Après ça tu ne peux plus te laver en milieu de journée si tu en as envie. Tu dois attendre encore l'heure qu'ils ont fixée pour le faire (Valérie, 26 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

*Si elles te voient en train d'uriner dans la douche qui se trouve dans la salle de travail, elles vont te coller une amende de 10.000 francs congolais. Elles vont l'inscrire sur ta fiche. Tu vas payer cette amende que tu le veuilles ou pas. Parce que c'est interdit pour les femmes qui viennent d'accoucher d'uriner là-bas...si tu urines donc là-bas, elles vont te coller une amende de 10000 et elles ne plaisantent pas avec ça. Tu vas les payer (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

b. En lien avec le processus et l'utilisation : le déroulement des soins

- **Le temps de passage**

Ceci comprend le délai d'attente, la durée de la consultation et le temps total passé dans la FOSA le jour d'une consultation prénatale.

Le délai d'attente était variable pouvant aller de 30 minutes à 1h du temps. Il était plus long lors de la consultation avec les médecins qu'avec les sages-femmes.

*Tu peux trainer pour voir le médecin. De fois il arrive en retard puisqu'il était dans une réunion et vous devez attendre votre tour pour entrer dans son cabinet. D'autres jours, c'est lui qui vous presse parce qu'il a une réunion (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

La durée de la consultation était aussi variable. Elle dépendait du nombre de femmes reçues et des problèmes que les femmes rapportaient aux médecins. Cette durée avait été perçue comme suffisante par la quasi-totalité des participantes.

*Elles me posent toutes les questions possibles sur ma santé et me disent si tout va bien ou pas, ce qui ne marche pas. Elles prennent vraiment tout leur temps. Elles ne sont pas pressées (Valerie, 26 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

Il prenait tout son temps pour te consulter, mais ça dépend de ce que tu lui ramènes comme problèmes. D'autres femmes ne trainent pas parce qu'elles n'ont rien à dire (Miria, 24 ans, HGR).

Le temps total passé dans la FOSA était aussi variable. Le premier jour des CPN prenait plus de temps que les autres jours à cause des formalités administratives et des différents examens médicaux que les femmes devaient passer. Ceci pouvait avoir une répercussion sur les activités lucratives quotidiennes de certaines participantes.

*Eh il faut laisser, beaucoup d'heures. Il y a même des jours où tu ne peux plus faire la cuisine chez toi. Des fois, tu rentres vers 15h ou 16h. il y a des sages-femmes qui parlent au téléphone pendant de longs moments au lieu de te consulter (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Prise en charge des mères**

Certaines participantes avaient relevé une certaine négligence dans leur prise en charge qui avait influencé de façon négative leur perception de la compétence des prestataires.

*Il y a une fille qui a perdu son enfant lors de l'accouchement à cause d'une accoucheuse. Elle dirigeait l'accouchement et son amie lui a posé une question. Au lieu d'être concentrée sur ce qu'elle faisait, elle a regardé son amie pour répondre à la question de son amie qui lui demandait si elle allait acheter le soja. L'enfant est tombé par terre. Donc l'enfant avait trop appuyé sur le cordon ombilical. Avec pareilles histoires, je ne pense plus que je vais revenir dans cet hôpital (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

*Ce que nous n'avons pas apprécié avec mon mari c'est l'incident avec le médecin qui m'avait opérée et qui avait laissé des espaces entre les points de suture. La personne compétente qui devait m'opérer avait refusé de me toucher, je pouvais mourir. L'autre là a suturé, mais il a laissé des espaces. Le lendemain, la plaie était béante et je saignais. Je ne sais pas si je vais encore revenir ici dans le futur, mais je ne pense pas vu ce que ce médecin m'a fait (Sandrine, 31 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

Certaines participantes avaient rapporté avoir été victimes de violences verbales au cours de leur accouchement avec des menaces de violence physique à peine voilées. Le soutien des proches pendant le travail et au cours de l'accouchement était un élément qui n'était généralement pas pris en compte dans la gestion de la douleur. En effet, la famille et les proches n'avaient généralement pas accès aux salles de travail et d'accouchement quand ils ne possédaient pas une quelconque formation en santé. Deux participantes avaient déclaré ceci en racontant ce qu'elles avaient vécu le jour de l'accouchement :

*Quand elle m'a dit de pousser, je n'arrivais pas et elle s'était mise à me crier que ce n'est pas elle qui m'avait demandé de coucher avec un homme et de tomber enceinte (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

*Elle m'a dit pourquoi je ne suis pas allée chez lui. Je lui ai dit que c'est Dieu. Elle m'a traitée d'impolie et m'a menacée de mettre les gants pour venir abimer mon col (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

*J'ai demandé à la maman de m'aider à accoucher comme j'étais arrivée à 6 cm, mais elle m'a chassé en me disant qu'elle allait me transférer si je continue à l'embêter avec mes questions...pourquoi appeler sur moi l'esprit de transfert? Elle m'a chassée comme si je n'étais rien devant elle. Comme si je ne suis rien (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

Interrogée pour savoir pourquoi l'accoucheuse parlait du transfert, elle nous avait répondu ceci :

*Elle a juste dit que j'étais courte de taille. Je lui ai dit que ma taille n'avait rien à voir parce que j'ai un médecin qui est plus grand que tous. Elle m'a dit pourquoi je ne suis pas allée chez lui. Je lui ai dit que c'est Dieu (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

- **Frais informels**

Les participantes avaient déploré le fait qu'il y avait plusieurs frais imprévus et incompris. Les prix n'étaient pas toujours les mêmes dans les situations similaires et les factures ne contenaient pas

toujours plus de détails pour leur meilleure compréhension. Les mêmes services étaient souvent payés deux fois, au moment de la délivrance du service et au moment de la sortie de la maternité.

*Il y a des frais que nous payons dans la salle de travail et dans la salle d'accouchement dont nous ne savons ni tête ni queue. On a payé 20 000 francs pour les médicaments alors que j'avais tous mes médicaments et on ne reçoit pas d'explications sur ces frais. Pour me suturer par exemple, j'avais payé 10\$ pour l'anesthésie et 20 000 francs pour la suture, mais cela est encore apparu dans ma facture finale (Marlene, 30 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

*[...] La lecture de la facture, j'ai vu qu'ils ont écrit que c'était pour la suture et le traitement de la plaie alors que j'avais déjà payé 10\$. Ils ont aussi mis la chambre alors que j'avais payé 3000 francs pour ça (Gloire, 18 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

Certaines participantes avaient aussi déploré le fait que les prestataires de soins accordent plus de valeur à l'argent qu'à prendre soin des femmes. Cet aspect avait influencé négativement leur perception :

*Le mal avec eux c'est que si les consultations prénatales coûtent 4000 francs, tu dois emmener plus que ça par exemple 10 000 francs parce que chaque infirmière ne fait que te demander de lui acheter le jus...les exercices physiques que l'on nous fait faire le samedi, c'est gratuit normalement, mais elles nous font payer maintenant 3000 francs. Et c'est pareil, chaque infirmière va te demander de lui acheter le jus et tu vas te retrouver avec rien à la fin (Gabrielle, 19 ans, Bomoï, **entrevue semi-dirigée**).*

Utilisation ultérieure des FOSA

La plupart des femmes étaient prêtes à revenir dans la même FOSA ou à la recommander à leur entourage. Les raisons de l'utilisation ultérieure des services étaient la disponibilité des prestataires et du matériel médical et la perception des compétences des prestataires.

*Oui, ils soignent bien, mais l'avantage de HGR est qu'il y a beaucoup de médecins et de sages-femmes (Irene, 24 ans, HGR, **entrevue semi-dirigée**).*

*Bomoi c'est bien, mais le risque est que s'il y a un problème on te transfère. Je trouve que le transfert est un risque parce que c'est ce retard dans la prise en charge qui peut entraîner la mort ou la perte de l'enfant. Je préfère HGR malgré leur problème de propreté ou de coûts élevés. (Alice, 39, Bomoi-HGR, **entrevue semi-dirigée**)*

Les raisons de la non-utilisation des mêmes FOSA comprenaient la malpropreté de la FOSA, l'attitude malveillante des prestataires des soins, les abus verbaux et la négligence dans la prise en charge.

*Je ne sais pas si je vais encore y revenir dans le futur, mais je ne pense pas vu ce que ce médecin m'a fait... non, je vais lui dire qu'ils ont beaucoup de médecins, mais ils sont négligents (Sandrine, 31, HGR, **entrevue semi-dirigée**)*

Discussion

Cette section présente une interprétation des résultats de la présente étude. Ces résultats sont comparés avec ceux d'autres études et sont critiqués en fonction des caractéristiques des participantes et du contexte de la RDC. Les forces et les limites de cette étude sont présentées par la suite.

La présente étude réalisée dans deux grandes institutions sanitaires de la ZS de N'Djili à Kinshasa en RDC, avait comme objectif d'explorer la perception de la qualité et la satisfaction des femmes des services et des soins maternels. L'analyse des données montre que, de façon globale, la quasi-totalité des femmes était satisfaite des services utilisés. Les résultats sont semblables à ceux trouvés en Éthiopie, au Nigeria et au Népal où respectivement 84,7%, 90,0% et 89,9% des femmes étaient satisfaites de services prénatals ou pernatals utilisés (Asha Panth & Praveena

Kafle, 2018; Getenet et al., 2019; Onyeajam et al., 2018). Ils s'éloignent néanmoins d'autres études qui avaient trouvé de faibles proportions des femmes qui étaient satisfaites des services de consultations prénatales ou de services pernatals (Demas et al., 2017; Gitobu et al., 2018; Melese et al., 2014; Okonofua et al., 2017). Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle le degré de satisfaction varie selon les pays ou d'une étude à l'autre (M. E. Kruk et al., 2016; Tunçalp et al., 2015). Cette variation peut être expliquée par la différence de qualité des services dans différents pays et au sein d'un même pays par la différence des aspects méthodologiques des études particulièrement la différence des échelles de Likert utilisées ainsi que leurs interprétations, mais aussi l'échantillonnage qui détermine le niveau d'attentes des femmes qui sont fonction de leur niveau d'alphabétisation et de leur niveau socio-économique (Tunçalp et al., 2015; Waldenström & Rudman, 2008). En effet, plusieurs études avaient trouvé une association entre le niveau d'instruction, le niveau socio-économique et la satisfaction de femmes (Getenet et al., 2019; Kambala et al., 2015; Lakew et al., 2018; Melese et al., 2014). Dans la première association, le niveau de scolarité améliore le niveau de connaissance des femmes et entraîne une meilleure utilisation des services (Onah et al., 2006) et dans la seconde association, le niveau socio-économique limite ou facilite les possibilités des femmes dans leurs fréquentations. Ces caractéristiques fournissent aux femmes les éléments de référence pour permettre une comparaison de façon objective (Upul et al., 2006). Cette variation du niveau de satisfaction peut aussi être expliquée par le lieu de l'entrevue dans différentes études capables d'entraîner ou non une inhibition des participantes (Lumley, 1985; van Teijlingen et al., 2003). Une autre hypothèse qui peut expliquer cette variation du niveau de satisfaction serait les différences culturelles entre les populations des pays en développement (Laganá, 2003; Lee et al., 2014; Wojnar, 2015). Ceci peut être illustré par le cas de femmes somaliennes qui étaient moins satisfaites de services maternels offerts aux États-Unis comparativement aux femmes américaines dans l'étude phénoménologique descriptive de Wojnar (2015) ou celui des femmes chinoises au Canada dans une étude phénoménologique de Lee et al. (2014). C'est ainsi que l'OMS définit les soins de qualité comme ceux qui sont centrés sur la personne c.-à-d. les soins qui tiennent compte de ses attentes, de ses besoins et de sa culture (Organisation Mondiale de la Santé, 2017).

Plusieurs facteurs peuvent influencer la satisfaction des femmes au regard des services maternels reçus. Ces facteurs correspondant aux différentes dimensions de ces services peuvent différer selon les contextes de chaque pays et peuvent être décrits selon plusieurs modèles. Ils varient souvent parmi les diverses études réalisées sur le sujet.

Nos résultats ont permis de définir un environnement physique satisfaisant comme une FOSA propre, avec une bonne infrastructure et qui détient des prestataires de soins en nombre suffisant et disponibles. Il ressort de cette définition trois aspects des services de soins qui avaient influencé la satisfaction des participantes, à savoir la disponibilité des prestataires, la propreté et la disponibilité du matériel qui comprenait une bonne infrastructure et la disponibilité du matériel médical. Nous avons trouvé que la majorité des femmes étaient satisfaites de la disponibilité des prestataires ainsi que de celle du matériel. Ces deux éléments garantissent pour elles une recherche active des solutions aux problèmes présentés. Ceci pourrait expliquer le fait que, dans la présente étude, c'étaient plus les primipares ou les multipares qui avaient connu des complications lors de leurs précédentes grossesses qui aient été plus influencées par ces deux éléments. Nos résultats corroborent ceux de plusieurs études dont celle de Onyeajam et al. (2018) au nord du Nigéria qui avaient trouvé que la disponibilité du matériel médical et des médicaments était associée à la satisfaction des femmes à l'égard des soins prénatals et celle de Getenet et al. (2019) en Éthiopie qui avaient trouvé que la disponibilité des médicaments d'urgence était associée à la satisfaction du patient. Aussi, dans plusieurs études incluses dans la revue systématique réalisée par Srivastava et al. (2015), la disponibilité des médecins et des infirmiers surtout en situation d'urgence était un critère dans le choix de la FOSA. La disponibilité du matériel médical était également significativement associée à la satisfaction au Nigeria, en Gambie et en Ouganda (Srivastava et al., 2015).

La propreté des installations, en revanche, a été un élément d'insatisfaction dans notre étude. La qualité médiocre ou insuffisante du service d'entretien ménager présent dans chaque FOSA était aussi un élément négatif dans la perception des femmes. Elle a joué une grande influence sur

leur satisfaction. Dans la revue systématique (Srivastava et al., 2015), la propreté était apparue comme un déterminant de la satisfaction dans plusieurs pays dont la Gambie, le Bangladesh, l'Inde et l'Iran. Dans cette même revue, un bon service d'entretien ménager était un prédicteur significatif de la satisfaction à l'égard des soins en Thaïlande (Srivastava et al., 2015). Des résultats contraires aux nôtres ont été trouvés par Asha Panth & Praveena Kafle (2018), au Népal, où 74% étaient satisfaites de la propreté des toilettes. De même Lakew et al. (2018), en Éthiopie, avaient trouvé que 59,5% des femmes étaient satisfaites de la propreté de l'hôpital et 55,8% de la propreté des toilettes. Cette différence pourrait être expliquée par le niveau de scolarité faible de leurs échantillons mais aussi par les attentes contradictoires secondaires à la culture de chaque pays (Onah et al., 2006; Wojnar, 2015) ou éventuellement par un meilleur entretien de ces installations dans ces pays.

En ce qui concerne le processus et le déroulement des soins, la perception de l'attitude des prestataires était l'élément qui avait beaucoup influencé la satisfaction des femmes. En effet, l'accouchement est une période où la femme est particulièrement vulnérable à cause de la douleur ressentie, le manque de sommeil, la fatigue, mais aussi psychologique notamment une altération de l'estime de soi (Hamelin-Brabant et al., 2013). Elle a besoin d'une attention particulière pendant cette période de la vie (Srivastava et al., 2015). Les femmes sont donc très regardantes face aux écarts de comportements dans la gestion de cette douleur. Dans notre étude, la majorité des participantes étaient satisfaites de l'attitude des prestataires. Cette dernière comprenait un bon accueil et le traitement avec respect et dignité tout le long des services. Les participantes en intrapartum ont cependant relevé une mauvaise gestion de la douleur et des agressions verbales. Une étude réalisée par Melese et al. (2014) en Éthiopie avait trouvé que l'attitude des agents de santé avait un score relativement élevé de satisfaction. De même, plusieurs études avaient trouvé qu'une faible satisfaction des femmes vis-à-vis des soins maternels était associée à la gestion médiocre de la douleur pendant le travail et l'accouchement (Mohammad et al., 2014; Okonofua et al., 2017). L'attitude malveillante des prestataires en termes d'agressions verbales pourrait être expliquée, entre autres, par la charge trop élevée de travail. En effet, nos deux FOSA étaient parmi celles qui recevaient le maximum de gestante et

parturiente de la ZS. Elle pourrait aussi être expliquée par un manque d'éthique professionnelle, par une démotivation du personnel de santé non payé ou sous-payé, ou un niveau faible des compétences (USAID & Health communication capacity collaborative, 2016). Le soutien affectif de la parturiente est une méthode efficace dans la gestion de la douleur du travail d'accouchement qui a fait son efficacité dans plusieurs études et ce dernier avait été faible ou presque inexistant dans notre étude (Bruggemann et al., 2007; Mahmoud & Berggren, 2011).

Les autres aspects des soins qui avaient influencé la satisfaction des femmes étaient leur perception de la compétence technique des prestataires, la communication thérapeutique, le respect de l'intimité et le temps de passage. La quasi-totalité des femmes était satisfaite de la compétence technique des prestataires, mais une minorité de femmes avaient cependant signalé des cas de négligence qui pourrait être expliquée par la présence de prestataires non qualifiés pour un service donné, un personnel chargé ou non motivé pour les raisons citées ci-dessus. Des mesures doivent être prises pour éviter des écarts qui pourraient nuire à la santé des femmes. Dans de l'étude qualitative menée par Okonofua et al. (2017) au Nigeria, les femmes avaient suggéré plusieurs mesures pour remédier à cette situation, dont le recyclage des agents de santé.

Dans la présente étude, les participantes étaient satisfaites du délai d'attente et avaient trouvé que le temps de consultation était suffisant. Cependant, le temps total passé à la maternité pouvait avoir un impact sur les activités lucratives des participantes. Les résultats trouvés dans la littérature sont variables et dépendent du contexte de chaque pays. En effet, en Éthiopie, le temps de consultation avait reçu un taux élevé de satisfaction tandis qu'au Kenya, dans un contexte de gratuité de soins, le peu de temps consacré aux femmes à la suite de la forte demande de services par rapport au nombre limité du personnel de soins avait réduit la satisfaction des femmes (Gitobu et al., 2018; Lakew et al., 2018).

Le respect de l'intimité n'était pas un facteur qui avait eu beaucoup d'importance dans la perception de la qualité par les participantes. Beaucoup étaient néanmoins satisfaites de cet aspect et d'autres dont l'intimité avait été violée s'étaient accommodées à cette situation contrairement aux autres études où le respect de la vie privée avait pris une place prépondérante dans leur perception de la qualité (Srivastava et al., 2015). Sur le plan de la communication thérapeutique, la majorité des participantes étaient satisfaites, mais la quasi-totalité en perinatale ne savait pas qui était leur soignant. Ceci va à l'encontre des directives de l'OMS qui recommande, dans son guide de bonnes pratiques, une communication efficace entre le personnel soignant et la femme (Organisation Mondiale de la Santé, 2015b).

En ce qui concerne l'issue des soins, la survie de la mère ou de l'enfant ou la survenue de complications était un aspect qui a le plus influencé la satisfaction globale des participantes à l'étude. Nos résultats sont contraires à ceux des autres études où la structure et le processus avaient une forte influence sur la satisfaction globale des femmes en fonction du contexte de gratuité des soins ou non (Gitobu et al., 2018; Srivastava et al., 2015). En préconisant l'accouchement assisté, l'OMS vise la réduction des causes et la modification des comportements pouvant entraîner la mort maternelle (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Dans ce sens, les résultats de notre étude peuvent s'expliquer d'une part, par le fait qu'en utilisant les services, les femmes ont un objectif primordial, celui d'une issue favorable pour elles et pour leurs enfants. Il est donc logique de comprendre leur position quant à la satisfaction des soins se basant sur leur seul objectif primordial. D'autre part, ces résultats pourraient s'expliquer par le faible niveau de connaissances et des attentes secondaires à un niveau faible de scolarité ou de revenu qui caractérisent les pays en développement (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006).

D'autres aspects des services qui avaient influencé la satisfaction des femmes dans l'étude étaient la proximité de la FOSA, l'accessibilité financière et certains règlements propres aux FOSA. Pour la plupart des femmes, la proximité avait constitué un critère dans le choix de la FOSA pour lequel elles étaient satisfaites. Dans l'étude de Lakew et al. (2018) en Éthiopie, la distance était

l'un des éléments d'insatisfaction des femmes. La satisfaction aux soins prénatals était statistiquement significativement associée de façon négative à une distance de plus de 1 km parcouru par les femmes pour se rendre à la FOSA la plus proche. Plusieurs femmes étaient satisfaites des coûts des services qu'elles avaient perçus comme étant abordables. Cependant, elles avaient déploré des frais imprévus et le manque de transparence dans la facturation des soins. En effet, certains soins étaient payés deux fois par les participantes. Ceci rencontre les résultats trouvés au Nigeria où les dépenses personnelles pour les soins prénatals préoccupaient les femmes (Onyeajam et al., 2018). Dans le contexte des pays en développement aux ressources limitées, les coûts exagérés et certains règlements négatifs, qui engendrent des frais imprévus, peuvent être autant de problèmes qui réduisent la satisfaction des femmes et peuvent avoir des conséquences sur leur utilisation des services. Le niveau faible de scolarité peut être à la base de la tolérance de telles situations (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006). Il est important de bien régler le processus de paiement des actes médicaux et de soins en général pour éviter de telles exploitations de la population.

La plupart des participantes étaient prêtes à revenir dans la même FOSA ou à la recommander à leur entourage. Des résultats similaires avaient été trouvés par Asha Panth & Praveena Kafle (2018) au Népal où 87,1% des femmes étaient prêtes à revenir dans la même FOSA et 94,9% étaient prêtes à la recommander à leurs proches. De même, Amdemichael et al. (2014), en Éthiopie, avaient trouvé que 82,9% des femmes étaient prêtes à revenir à l'hôpital dans leur région. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle l'utilisation serait influencée par la satisfaction des femmes à l'égard de leurs utilisations antérieures des services de santé maternelle. Cependant, ces résultats pourraient aussi cacher un souci de désirabilité sociale, une peur ou un manque d'alternatives dans le contexte africain de l'accès limité des soins et de climat de conflit entre soignant et soigné (Kifle et al., 2017; Lewis et al., 2016; Paudel et al., 2015).

En conclusion des résultats, nous présentons la carte conceptuelle suivante. Elle décrit la synthèse globale des résultats de cette étude, à la lumière des écrits antérieurs, et la conceptualisation des

relations identifiées entre les différents concepts concernés. Pour bien identifier la perception de la qualité en relation avec la satisfaction, nous avons coloré, comme suit :

- i) En rouge : les cellules représentant les aspects des services utilisés et des soins maternels reçus dont la qualité perçue par la majorité des participantes est plutôt négative ne leur permettant pas d'en être satisfaites ; et,
- ii) En bleu : les cellules représentant les aspects des services utilisés et des soins maternels reçus dont la qualité perçue par la majorité des participantes est plutôt positive leur permettant d'en être satisfaites.

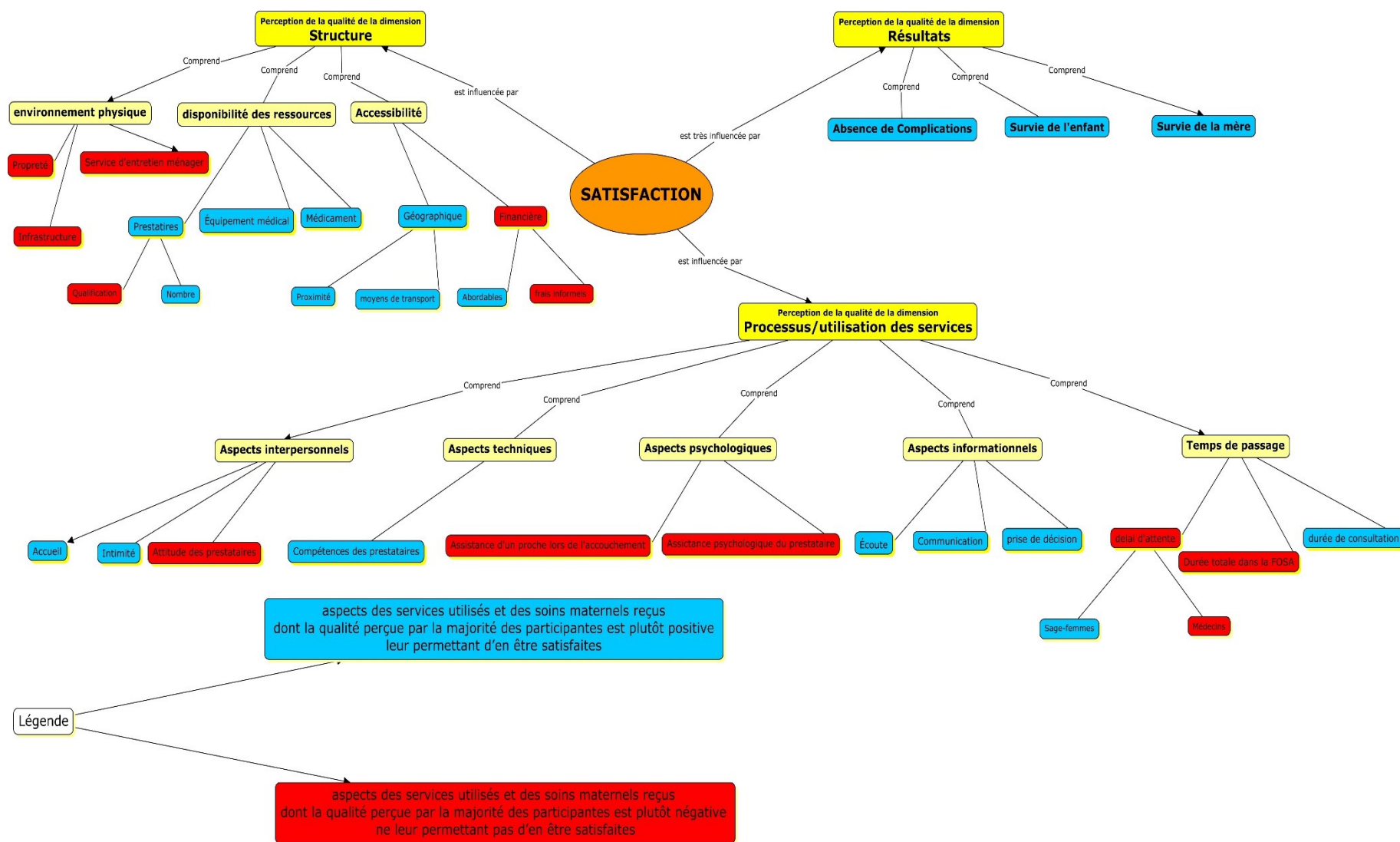


Figure 2. Carte conceptuelle de la satisfaction et de la perception de la qualité des services et des soins maternels par les participantes

Force et limites de l'étude

La présente étude qualitative sur la satisfaction des femmes est une première en RDC qui a couvert toutes les trois périodes des soins maternels à savoir les CPN, l'accouchement et les CPON. Le fait d'avoir laissé peu de temps entre l'accouchement et l'entrevue et le fait d'inclure les femmes enceintes qui viennent à la CPN ont permis de minimiser le biais de rappel chez les participantes.

Les résultats de l'étude doivent cependant être interprétés avec prudence puisqu'ils pourraient être influencés par le biais de désirabilité sociale, l'étude ayant eu lieu en milieu hospitalier pour les groupes de discussion. Ceci pouvait empêcher les participantes de critiquer de façon très objective. Ce biais a été néanmoins minimisé, car l'entrevue s'était déroulée dans une pièce séparée, loin des prestataires des soins et les entretiens semi-dirigés avaient été menés au domicile des participantes. En outre, dans la prise de contact avec les participantes, nous avons clairement signalé que nous ne faisons pas partie des FOSA d'où les femmes avaient été recrutées. Ceci leur a permis d'exprimer leurs opinions librement et sans inhibition. La présente étude n'a pas une portée de généralisation compte tenu de la nature inductive d'une recherche phénoménologique qualitative. Cependant, le fait d'avoir constitué un échantillon hétérogène sur base des caractéristiques sociodémographiques, économiques et obstétricales pourrait minimiser cet effet. Elle a aussi permis d'identifier les perceptions de la qualité des services et des soins non exprimés autrement et qui laissent entrevoir les aspects des services et des soins à améliorer pour offrir des services capables de réduire les mortalités maternelles et infantiles d'ailleurs.

Conclusion

Les résultats de la présente étude suggèrent une forte satisfaction globale des femmes à l'égard des services et soins de santé maternels dans les FOSA participantes. Cette satisfaction est plus due à la bonne issue des soins bien qu'il y ait d'autres aspects aussi qui ont contribué à cela tels qu'une perception positive des compétences des prestataires, une bonne attitude des prestataires surtout lors des CPN et CPON, une disponibilité des prestataires des soins, une

disponibilité du matériel, le respect de l'intimité, le temps de consultation suffisant, une bonne communication thérapeutique et la proximité de la FOSA. Cependant, il existe des aspects négatifs qui n'ont pas fait la satisfaction des femmes tels que la malpropreté, la négligence dans la prise en charge, l'attitude malveillante de certains prestataires lors de l'accouchement, la mauvaise gestion de la douleur lors du travail d'accouchement, le long délai d'attente pour consulter le médecin, certains règlements de la FOSA jugés négatifs comme les amendes imposées et les frais imprévus ont été autant des aspects des services et des soins qui ont contribué à la réduction la satisfaction.

La qualité des soins constitue une priorité majeure de santé publique pour permettre l'amélioration de la santé des populations. La satisfaction du patient est une mesure de la qualité perçue des soins. L'une des caractéristiques de la qualité des soins comme définie par l'OMS c'est qu'ils doivent être centrés sur la personne. Une approche, mettant les besoins des femmes fondés sur leurs expériences au centre de la prestation des soins, peut être essentielle pour augmenter la satisfaction. Ainsi, ces aspects qui ont fait l'objet d'insatisfaction constituent autant de barrières auxquelles les professionnels de santé, les administrateurs et les décideurs politiques devraient porter une attention particulière pour accroître la qualité des soins de façon effective et permettre une utilisation optimale des services.

Les limites de la présente étude étaient le risque du biais de désirabilité et d'inhibition de la critique surtout pour les femmes ayant été interrogées dans les groupes de discussion. Des recherches supplémentaires doivent cependant être faites en ciblant les provinces où sévit encore la problématique des accouchements à domicile, des zones où l'utilisation des services demeure un grand défi étant donné les conditions sociodémographiques, économiques et culturelles hétérogènes du pays.

Abréviations

CPN	Consultations Prénatales
CPON	Consultations Postnatales
FOSA	Formation sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RDC	République Démocratique du Congo
ZS	Zone de Santé

Déclarations

Approbation éthique

Le protocole de recherche a reçu l’approbation du comité d’éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l’Université de Montréal sous le numéro CERSES-19-070-P et celle du comité d’éthique de l’école de santé publique de Kinshasa sous le numéro ESP/CE/211/2019.

Disponibilité des données

L’ensemble des données utilisées au cours de la présente étude est disponible auprès de l’auteure principale sur demande raisonnable.

Intérêts

Les auteures déclarent qu’elles n’ont aucun intérêt concurrent.

Financement

Cette étude a été financée par le Programme canadien de Bourses de la Francophonie (PCBF). CM était une boursière de ce programme qui a pris en charge sa formation de maîtrise à l’école de santé publique

de l'Université de Montréal. Nous déclarons que le PCBF n'a joué aucun rôle dans cette étude, de sa conception jusqu'à l'élaboration de ce rapport final.

Contributions des auteurs

CM et MH ont conçu et rédigé le protocole de recherche. CM a contribué à la collecte et à l'analyse des données sur terrain. CM et MH ont contribué à l'interprétation des résultats. CM a rédigé le manuscrit qui a été lu, corrigé et approuvé par les deux auteures.

Remerciements

Les auteures adressent leurs remerciements au PCBF pour avoir financé la formation de CM et pour avoir financé cette étude. Elles remercient messieurs Yan Kestens, Gregory Moullec et Gabriel Girard, tous professeurs à l'école de santé publique de l'Université de Montréal pour les bénéfices tirés des différents échanges et suggestions dans le cadre du séminaire de recherche. Elles remercient aussi la direction de l'école de santé publique de Kinshasa et les autorités sanitaires de Kinshasa pour avoir facilité le travail sur le terrain. Nos remerciements s'adressent enfin à toutes ces femmes, participantes à la présente étude, pour avoir accordé de leur temps pour améliorer les connaissances sur le sujet de la satisfaction aux services et soins maternels.

Références bibliographiques

- Amdemichael, R., Tafa, M., & Fekadu, H. (2014). Maternal Satisfaction with the Delivery Services in Assela Hospital, Arsi Zone, Oromia Region. *Gynecology and obstetrics*, 4(257), 2161-0932. <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000257>
- Asha Panth, & Praveena Kafle. (2018). Maternal Satisfaction on Delivery Service among Postnatal Mothers in a Government Hospital, Mid-Western Nepal. *Obstetrics and gynecology international*, 2018, 11. <https://doi.org/10.1155/2018/4530161>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction : A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243-250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Bélanger, G., Boivert, D., Lemieux, M.-M., & Séguin, C. (s. d.). *Qualité des pratiques de développement des compétences informationnelles au sein du réseau de l'Université du Québec / PDCI*. Consulté 5 mai 2020, à l'adresse <http://ptc.quebec.ca/pdci/qualite-des-pratiques-de-developpement-des-competences-informationnelles-au-sein-du-reseau-de>
- Birmeta, K., Dibaba, Y., & Woldeyohannes, D. (2013). Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 13, 256. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-256>
- Broek, N. van den, & Graham, W. J. (2009). Quality of care for maternal and newborn health : The neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(s1), 18-21. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x>
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J., Cecatti, J. G., & Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth : A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4, 5. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-5>
- Creanga, A. A., Gullo, S., Kuhlmann, A. K. S., Msiska, T. W., & Galavotti, C. (2017). Is quality of care a key predictor of perinatal health care utilization and patient satisfaction in Malawi? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1331-7>

- Demas, T., Getinet, T., Bekele, D., Gishu, T., Birara, M., & Abeje, Y. (2017). Women's satisfaction with intrapartum care in St Paul's Hospital Millennium Medical College Addis Ababa Ethiopia : A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1428-z>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care : How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth : Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Getenet, A. B., Roba, K. T., Endale, B. S., Mamo, A. M., & Darghawth, R. (2019). Women's satisfaction with intrapartum care and its predictors at Harar hospitals, Eastern Ethiopia : A cross-sectional study. *Dovepress : Nursing: Research and Reviews*. <https://doi.org/10.2147/NRR.S176297>
- Gitobu, C. M., Gichangi, P. B., & Mwanda, W. O. (2018). *Satisfaction with Delivery Services Offered under the Free Maternal Healthcare Policy in Kenyan Public Health Facilities*. *Journal of Environmental and Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2018/4902864>
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : Une recension des écrits* (p. 85). http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/projet_crp_rapport_v1_final.pdf
- Holton, J. (2010). The Coding Process and Its Challenges. *The Grounded Theory Review*, 9, 21-40. <https://doi.org/10.4135/9781848607941.n13>
- Institut National de la Statistique, Ministère du Plan, & Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (2010). *Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples 2010 (MICS)*. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1313>

- Kambala, C., Lohmann, J., Mazalale, J., Brenner, S., De Allegri, M., Muula, A. S., & Sarker, M. (2015). How do Malawian women rate the quality of maternal and newborn care? Experiences and perceptions of women in the central and southern regions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 169. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0560-x>
- Kifle, M. M., Ghirmai, F. A., Berhe, S. A., Tesfay, W. S., Weldegebriel, Y. T., & Gebrehiwet, Z. T. (2017). *Predictors of Women's Satisfaction with Hospital-Based Intrapartum Care in Asmara Public Hospitals, Eritrea* [Research Article]. *Obstetrics and Gynecology International*; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2017/3717408>
- Kruk, M. E., Vail, D., Austin-Evelyn, K., Atuyambe, L., Greeson, D., Grépin, K. A., Kibira, S. P. S., Macwan'gi, M., Masvawure, T. B., Rabkin, M., Sacks, E., Simbaya, J., & Galea, S. (2016). Evaluation Of A Maternal Health Program In Uganda And Zambia Finds Mixed Results On Quality Of Care And Satisfaction. *Health Affairs*, 35(3), 510-519. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0902>
- Kruk, M., Kelley, E., Syed, S. B., Tarp, F., Addison, T., & Akachi, Y. (2017). Measuring quality of health-care services : What is known and where are the gaps? *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 389-389A. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.195099>
- Lakew, S., Ankala, A., & Jemal, F. (2018). Determinants of client satisfaction to skilled antenatal care services at Southwest of Ethiopia : A cross-sectional facility based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 479. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2121-6>
- Lewis, L., Hauck, Y. L., Ronchi, F., Crichton, C., & Waller, L. (2016). Gaining insight into how women conceptualize satisfaction : Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0759-x>
- Lumley, J. (1985). Assessing satisfaction with childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 12(3), 141-145. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1985.tb00952.x>

- Mahmoud, A. G., & Berggren, V. (2011). Parturient Needs during Labor : Egyptian Women's Perspective toward Childbirth Experience, a Step toward an Excellence in Clinical Practice. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 1(12), 2935-2943. ISSN 2090-4304. 1.
- Melese, T., Gebrehiwot, Y., Bisetegn, D., & Habte, D. (2014). Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. *The Pan African Medical Journal*, 17, 76. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.76.3189>
- Ministère de la Santé Publique. (2017). *Cadre d'investissement pour la Santé Reproductive, Maternelle, du Nouveau-Né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle en République Démocratique du Congo* (p. 73). <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/cadre-d%E2%80%99investissement-pour-la-sant%C3%A9-reproductive-maternelle-du-nouveau-n%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-l>
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, & Ministère de la Santé Publique. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)* (p. 678). <https://www.unicef.org/drcongo/media/1046/file/EDS-RDC%20II%202013-2014.pdf>
- Mohammad, K. I., Alafi, K. K., Mohammad, A. I., Gamble, J., & Creedy, D. (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review*, 61(2), 278-284. <https://doi.org/10.1111/inr.12102>
- Okafor, I., Sekoni, A., Ezeiru, S., Ugboaja, J., & Inem, V. (2014). Orthodox versus unorthodox care : A qualitative study on where rural women seek healthcare during pregnancy and childbirth in Southwest, Nigeria. *Malawi Medical Journal*, 26(2), 45-49.
- Okedo-Alex, I. N., Akamike, I. C., Ezeanosike, O. B., & Uneke, C. J. (2019). Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa : A systematic review. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031890>
- Okonofua, F., Ogu, R., Agholor, K., Okike, O., Abdus-salam, R., Gana, M., Randawa, A., Abe, E., Durodola, A., & Galadanci, H. (2017). Qualitative assessment of women's satisfaction with

- maternal health care in referral hospitals in Nigeria. *Reproductive Health*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0305-6>
- Onah, H. E., Ikeako, L. C., & Iloabachie, G. C. (2006). Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Social Science & Medicine*, 63, 1870-1878. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.019>
- Onyeajam, D. J., Xirasagar, S., Khan, M. M., Hardin, J. W., & Odutolu, O. (2018). Antenatal care satisfaction in a developing country : A cross-sectional study from Nigeria. *BMC Public Health*, 18(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5285-0>
- Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *WHO | Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care*. WHO; World Health Organization. Consulté 1 mai 2020, à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* (p. 84). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Mortalité maternelle*. Genève. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Paudel, Y. R., Mehata, S., Paudel, D., Dariang, M., Aryal, K. K., Poudel, P., King, S., & Barnett, S. (2015). *Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization* [Research Article]. *International Journal of Reproductive Medicine; Hindawi*. <https://doi.org/10.1155/2015/783050>
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, N° 81(2), 21-27. <https://doi.org/doi:10.3917/rsi.081.0021>.

- Solnes Miltenburg, A., Kiritta, R. F., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Quality of care during childbirth in Tanzania : Identification of areas that need improvement. *Reproductive Health*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0463-1>
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care : A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 97. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>
- Tesfaye, R., Worku, A., Godana, W., & Lindtjorn, B. (2016). *Client Satisfaction with Delivery Care Service and Associated Factors in the Public Health Facilities of Gamo Gofa Zone, Southwest Ethiopia : In a Resource Limited Setting* [Research Article]. Obstetrics and Gynecology International; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2016/5798068>
- Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—The WHO vision. *Bjog*, 122(8), 1045-1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Upul, S., Dulitha, N. F., & Ishani, R. (2006). Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health*, 11(9), 1442–1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01698.x>
- USAID, & Health communication capacity collaborative. (2016). *Changer le comportement des agents de santé communautaires et des prestataires des centres de santé* (p. 181). <https://sbccimplementationkits.org/wp-content/uploads/2017/07/PBCC-I-Kits-FR-062117-btd.pdf>
- van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations : « What is, must still be best ». *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(2), 75-82. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00224.x>
- Waldenström, U., & Rudman, A. (2008). Satisfaction with maternity care : How to measure and what to do. *Women's Health (London, England)*, 4(3), 211-214. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.211>

- Wojnar, D. M. (2015). Perinatal experiences of Somali couples in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 44(3), 358-369.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12574>
- Yesuf, E. A., Kerie, M. W., & Calderon-Margalit, R. (2014). Birth in a Health Facility –Inequalities among the Ethiopian Women : Results from Repeated National Surveys. *PLoS ONE*, 9(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095439>

Chapitre 6 – Discussion générale

Ce chapitre présente une discussion globale qui revient sur certains résultats. Il présente ensuite les défis rencontrés dans la réalisation de notre étude, sa contribution aux connaissances actuelles et quelques avenues de recherche future.

Cette étude avait comme objectif d'explorer la perception de la qualité et la satisfaction des femmes quant aux services de soins maternels reçus dans deux grands établissements de santé de la ZS de N'dijili en RDC. Les résultats trouvés suggèrent une forte satisfaction globale des femmes à l'égard des services maternels. Ceci suggère une bonne perception de la qualité des soins par les femmes étant donné que la satisfaction est un indicateur de la qualité perçue (Sitzia & Wood, 1997; Tunçalp et al., 2015). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec beaucoup de prudence, car il a été démontré que certaines caractéristiques de femmes telles que l'âge, le niveau d'instruction et le niveau socio-économique peuvent influencer leur niveau de satisfaction en déterminant leurs niveaux d'attentes ou de besoins (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006; Waldenström & Rudman, 2008). En outre, les études antérieures révèlent que les femmes dans les pays en développement accordent plus d'importance aux relations interpersonnelles avec les soignants qu'aux autres aspects des soins (Srivastava et al., 2015). D'autres femmes accordent plus d'importance à leur survie et à celle de leur enfant (Ajayi, 2019). Dans notre étude, cette forte satisfaction est plus expliquée par cette dernière hypothèse, car les femmes qui avaient émis plusieurs critiques sur différents aspects des soins ont dit être satisfaites dans l'ensemble en se basant sur leur survie et sur l'absence des complications. Afin de réduire la mortalité maternelle, l'OMS préconise que chaque femme soit suivie dès le début de sa grossesse par un personnel soignant qualifié qui peut être un médecin, une sage-femme ou un infirmier (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Donc, en utilisant les services, les femmes s'attendent à une meilleure issue de soins pour elles et pour leurs enfants. Les faibles niveaux de connaissances et des attentes des femmes pourraient expliquer cette posture (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006).

Ainsi, les résultats de notre étude illustrent l'importance d'interpréter avec prudence la satisfaction globale, car elle ne peut être fonction d'un seul aspect qu'au détriment de beaucoup d'autres comme ce fut le cas pour notre étude. En effet, malgré cette forte satisfaction, les femmes n'étaient pas satisfaites de plusieurs aspects des soins tels que la malpropreté, la qualité médiocre ou insuffisante d'entretien ménager, la mauvaise gestion de la douleur lors du travail d'accouchement, la négligence dans la prise en charge, la relation interpersonnelle (ex. agressivités verbales, intimité), le long délai d'attente pour rencontrer le médecin.

En ce qui concerne l'attitude des prestataires, les femmes à la CPN étaient plus satisfaites que celles lors de l'accouchement qui s'étaient plaintes des abus et de traitement non respectueux. Ces femmes ont déploré le fait d'avoir été injuriées, d'avoir été reprises méchamment, d'être l'objet d'un commentaire désobligeant ou d'être l'objet d'un payement informel. Cette attitude des prestataires peut être expliquée par la charge trop élevée de travail, car les FOSA sélectionnées étaient parmi celles qui recevaient le plus d'accouchements dans la ZS. Cette attitude cache aussi un manque d'éthique professionnelle, une démotivation d'un personnel de santé non payé ou sous-payé. Elle pourrait aussi cacher un niveau faible des compétences (USAID et Health Community, 2006). Cette attitude malveillante du personnel de santé était néanmoins tolérée par certaines femmes probablement par souci de désirabilité dans un contexte de relation conflictuelle entre soignant et soigné ou à cause du manque des références ou du niveau bas d'attentes lié à leur faible niveau socio-économique ou à leur faible niveau d'instruction (Onah et al., 2006; Upul et al., 2006).

En dehors de la bonne issue de soins, d'autres aspects avaient eu la satisfaction des femmes. Ce sont les cas notamment de la disponibilité du matériel et des prestataires et de la bonne perception des compétences des prestataires. Ces trois éléments étaient parmi les critères dans le choix d'un établissement de santé. Ceci définit un environnement sécurisant pour les femmes dans la recherche des solutions surtout en cas de complications. Nous devons néanmoins signaler

que les médecins étaient moins impliqués dans la maternité, les femmes n'ont bénéficié que de très peu de leurs niveaux de connaissance. La compétence des prestataires est un concept qui n'est pas simple à mesurer, car elle implique non seulement le niveau de qualification des prestataires qu'on peut appréhender par leur niveau de savoirs, mais aussi elle est influencée par plusieurs facteurs qui sont leur satisfaction au travail, leur niveau de rémunération et leurs années d'expérience. La qualité des soins qu'ils peuvent offrir n'est donc pas forcément liée à leur niveau d'étude ou de formation. En effet, dans cette étude, les femmes ont reconnu que les sages-femmes étaient techniquement aussi compétentes que les médecins.

Contribution de l'étude

La présente étude qualitative sur la satisfaction des femmes est une première en RDC. Elle a permis premièrement de combler cette lacune en fournissant des informations sur le niveau de satisfaction des femmes à l'égard des services de soins de santé maternelle ainsi que les facteurs qui influencent celui-ci dans le contexte spécifique de la RDC. En effet, la satisfaction est une question qui est spécifique à chaque pays, car étroitement liée aux expériences, besoins et attentes des femmes ou de leur entourage. Or, ceux-ci sont étroitement liés à la culture du milieu dans lequel ces femmes vivent (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). C'est dans ce contexte-là que l'OMS préconise des soins centrés sur les personnes c'est-à-dire des soins qui tiennent compte des préférences et des aspirations des utilisateurs des services et des cultures de leurs communautés (Tunçalp et al., 2015). Ceci permet de mieux orienter les actions pour accroître le niveau de qualité de soins qui est faible et améliorer davantage l'utilisation de services en évitant le contournement du système de santé (Batbaatar et al., 2015; Lewis et al., 2016). Elle a aussi permis d'identifier les perceptions de la qualité des services et des soins non exprimés autrement et qui laissent entrevoir les aspects des services et des soins à améliorer pour offrir des services capables de réduire les mortalités maternelles et infantiles d'ailleurs.

Cette étude est l'une des rares en Afrique, la plupart des études réalisées étant quantitatives transversales (Srivastava et al., 2015). En outre, elle a inclus les femmes aux différents moments du continuum des soins maternels. Durant les CPN, elle a cherché les rumeurs que les femmes entendent et l'écho au sujet des lieux ainsi que les bases de leur choix de la FOSA, durant la période périnatale (les nouvelles accouchées), le vécu récent de leur expérience (le plus proche du réel) et dans la période postpartum, le souvenir qui reste du vécu et qui engendrera les rumeurs qui circuleront dans la communauté. Contrairement aux autres études, nos entrevues individuelles se sont déroulées loin des établissements de santé, dans les résidences des participantes pour minimiser au maximum le biais de désirabilité sociale ou celui d'inhibition. Enfin, cette étude a permis de schématiser la carte conceptuelle qui fait le point sur les principaux éléments - de la structure des services, du processus des soins et de leurs résultats – perçus par les femmes comme étant de qualité favorable ou non à leur satisfaction. Il s'agit des éléments auxquels les femmes accordent le plus d'importance dans leur utilisation des services. Cette carte pourrait ainsi faciliter, aux décideurs et aux chercheurs, le choix des cibles de leur intervention pour améliorer la qualité des soins et des services maternels dans une stratégie de réduction des taux de morbidité et mortalité maternelles et même infantiles.

Avenues de recherche

Quelques avenues de recherche se dessinent à la suite de la présente étude. Il serait en effet intéressant d'explorer la satisfaction en ciblant les zones où sévit encore la problématique des accouchements à domicile pour explorer ce que les femmes pensent de la qualité des soins dans les FOSA ou du moins collecter les rumeurs qui constituent des barrières face à l'utilisation des services. Il serait aussi intéressant d'inclure les FOSA privées dans l'échantillon pour explorer les différences qui peuvent survenir entre ces deux types de FOSA. Il serait également intéressant de mener une étude quantitative analytique pour voir le lien entre la qualité des services et des soins maternels/satisfaction et l'utilisation des services et faire ressortir la force d'association pour chaque facteur.

Défis rencontrés

Les défis rencontrés sont en lien avec la collecte et l'analyse des données qualitatives qui prend beaucoup de temps ; lié au volume des données (écouter les audio, transcriptions des verbatims, lecture et relecture de verbatims).

L'autre défi concerne l'analyse de la subjectivité avec rigueur ou l'interprétation des significations que les femmes donnent à leurs expériences avec une certaine objectivité étant donné notre posture de médecin et de femme, future mère.

Conclusion générale et recommandations

Conclusion générale

La présente étude suggère une forte satisfaction globale des femmes à l'égard des services de santé maternels dans les établissements de santé sélectionnés. Cette satisfaction est plus due à la bonne issue des soins bien qu'il y ait d'autres aspects aussi qui ont contribué à cela tels que la disponibilité des prestataires, une bonne perception des compétences des prestataires et une attitude bienveillante des prestataires dans certains cas à la CPN. Cependant, il reste encore des aspects des soins qui influencent négativement cette satisfaction notamment la malpropreté de l'établissement de santé, les abus verbaux et de traitement non respectueux, une mauvaise gestion de la douleur pendant le travail, le long délai d'attente et les frais imprévus.

La RDC fait partie des pays qui affichent un ratio de mortalité maternelle élevé, au-dessus de la moyenne africaine et une faible qualité des services maternels. La satisfaction du patient est une mesure importante de la qualité perçue des soins. Son évaluation permet de déceler les aspects des soins défaillants pour mieux cibler les actions afin de permettre une amélioration de la qualité des soins, car les faits vécus par ces femmes entraînent des perceptions, mais celles-ci peuvent emmener à des actions - revendiquer - ou des inactions - tolérance. Ainsi, une attention particulière doit être portée sur les aspects ainsi soulignés dans la présente étude et qui contribuent à la faible satisfaction en RDC pour réduire la mortalité maternelle et permettre l'atteinte des objectifs du développement durable.

Recommandations

Notre étude a trouvé un degré élevé de satisfaction globale des femmes à l'égard des services et des soins maternels et une forte volonté d'une utilisation ultérieure de services. Cependant, la mortalité maternelle reste élevée avec un taux de 846 décès pour 100 000 NV. Notre étude a

révélé certains aspects de soins qui peuvent contribuer à la réduction de cette mortalité et qui touchent à la qualité de soins.

Pour commencer, nous avons trouvé que les médecins étaient moins impliqués dans le processus de prise en charge des gestantes et des parturientes. Bien que cela ne puisse pas constituer un problème en soi étant donné la disponibilité des sages-femmes compétentes, nous suggérons néanmoins d'accroître le rôle joué par les médecins dans la supervision des accouchements. Cette suggestion part du fait que les femmes sont plus rassurées par la présence des médecins et ceci constitue l'un des critères de choix d'un établissement de santé. Dans ce même ordre d'idées, même si les femmes ont bien perçu les compétences de ces prestataires, il en existe néanmoins qui ont démontré des faibles compétences techniques. Nous recommandons donc de renforcer les compétences des sages-femmes, membre clé des services maternels reconnu mondialement dans le cadre des stratégies de réduction des mortalités maternelles et infantiles. De plus, la sage-femme pourrait être plus accessible à travers le pays compte tenu de la restriction du nombre des médecins dans le pays. Ainsi, le renforcement des compétences de ces ressources humaines est requis surtout en ce qui concerne la gestion de la douleur pendant l'accouchement et la prise en charge de certaines complications et des urgences obstétricales. En outre, nous recommandons à l'équipe-cadre de la ZS d'équiper les FOSA de personnel de santé spécialisé en obstétrique pour la prise en charge des urgences qui peuvent se présenter.

Plusieurs prestataires ont eu une attitude malveillante qui peut cacher des failles dans leurs compétences ou une certaine démotivation secondaire à plusieurs facteurs. Il est donc important de mener des études pour déterminer les facteurs qui peuvent altérer leur attitude envers les soignants et leur compétence. Du côté des femmes, elles expérimentent des abus verbaux et des traitements inappropriés qui sont une atteinte aux droits des femmes au respect de leur dignité. Ces abus sont de nature à réduire l'utilisation des services, qui est une stratégie préconisée par l'OMS dans la réduction du nombre des décès maternels. Une sensibilisation doit être faite auprès des femmes pour augmenter les sensibiliser quant à leurs droits en matière de santé reproductive

ainsi que leurs niveaux d'attentes, de connaissances de leurs problèmes de santé et des attendus de leurs prestataires des soins (redevabilité sociale).

Enfin, bien que les femmes soient satisfaites de la disponibilité du matériel médical dans ces FOSA, certaines ont signalé le manque de certains matériaux tels que les couveuses pour la prise en charge de nouveau-nés prématurés. Nous recommandons donc à l'équipe-cadre de la zone de santé de faire le plaidoyer et agir dans le sens de doter ses FOSA du matériel médical manquant et de veiller aux ruptures des stocks en médicaments et vaccins pendant les CPN.

Références bibliographiques

- Agus, Y., & Horiuchi, S. (2012). Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-9>
- Ajayi, A. I. (2019). « I am alive; my baby is alive » : Understanding reasons for satisfaction and dissatisfaction with maternal health care services in the context of user fee removal policy in Nigeria. *PloS One*, 14(12), e0227010. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227010>
- Amdemichael, R., Tafa, M., & Fekadu, H. (2014). Maternal Satisfaction with the Delivery Services in Assela Hospital, Arsi Zone, Oromia Region. *Gynecology and obstetrics*, 4(257), 2161-0932. <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000257>
- Asha Panth, & Praveena Kafle. (2018). Maternal Satisfaction on Delivery Service among Postnatal Mothers in a Government Hospital, Mid-Western Nepal. *Obstetrics and gynecology international*, 2018, 11.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction : A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243-250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Bélanger, G., Boivert, D., Lemieux, M.-M., & Séguin, C. (s. d.). *Qualité des pratiques de développement des compétences informationnelles au sein du réseau de l'Université du Québec / PDCI*. Consulté 5 mai 2020, à l'adresse <http://ptc.uquebec.ca/pdci/qualite-des-pratiques-de-developpement-des-competences-informationnelles-au-sein-du-reseau-de>
- Birmeta, K., Dibaba, Y., & Woldeyohannes, D. (2013). Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 13, 256. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-256>
- Bitew, K., Ayichiluhm, M., & Yimam, K. (2015). Maternal Satisfaction on Delivery Service and Its Associated Factors among Mothers Who Gave Birth in Public Health Facilities of Debre

- Markos Town, Northwest Ethiopia. *BioMed Research International*, 2015, 460767. <https://doi.org/10.1155/2015/460767>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Ogunlade, M., Oyeniran, A. A., Osunsan, O. R., Metiboba, L., Idris, H. A., Alu, F. E., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Hindin, M. J. (2017). Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria : A qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reproductive Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0265-2>
- Broek, N. van den, & Graham, W. J. (2009). Quality of care for maternal and newborn health : The neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(s1), 18-21. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x>
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J., Cecatti, J. G., & Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth : A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4, 5. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-5>
- Colley, S., Kao, C.-H., Gau, M., & Cheng, S.-F. (2018). Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2025-5>
- Creanga, A. A., Gullo, S., Kuhlmann, A. K. S., Msiska, T. W., & Galavotti, C. (2017). Is quality of care a key predictor of perinatal health care utilization and patient satisfaction in Malawi? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1331-7>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). chapitre 2 : Philosophical Assumptions and Interpretive Frameworks. In *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications. https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/110627_book_item_110627.pdf
- De Brouwere, V., Tonglet, R., & Van Lerberghe, W. (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries : What can we learn from the history of the

- industrialized West? *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 3(10), 771-782.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1998.00310.x>
- Demas, T., Getinet, T., Bekele, D., Gishu, T., Birara, M., & Abeje, Y. (2017). Women's satisfaction with intrapartum care in St Paul's Hospital Millennium Medical College Addis Ababa Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 253.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1428-z>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications.
<http://books.google.com/books?id=u8hpAAAAMAAJ>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Dewana, Z., Fikadu, T., G/ Mariam, A., & Abdulahi, M. (2016). Client perspective assessment of women's satisfaction towards labour and delivery care service in public health facilities at Arba Minch town and the surrounding district, Gamo Gofa zone, south Ethiopia. *Reproductive Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0125-0>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care : How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Ebuehi, O. M., & Akintujoye, I. (2012). Perception and utilization of traditional birth attendants by pregnant women attending primary health care clinics in a rural Local Government Area in Ogun State, Nigeria. *International Journal of Women's Health*, 4, 25-34.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S23173>
- Farigoul, S. (s. d.). *Objectifs de développement durable*. Développement durable. Consulté 30 avril 2020, à l'adresse <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth : Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Getenet, A. B., Roba, K. T., Endale, B. S., Mamo, A. M., & Darghawth, R. (2019). Women's satisfaction with intrapartum care and its predictors at Harar hospitals, Eastern Ethiopia : A cross-sectional study. *Dovepress : Nursing: Research and Reviews*. <https://doi.org/10.2147/NRR.S176297>
- Gitobu, C. M., Gichangi, P. B., & Mwanda, W. O. (2018). *Satisfaction with Delivery Services Offered under the Free Maternal Healthcare Policy in Kenyan Public Health Facilities*. *Journal of Environmental and Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2018/4902864>
- Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry* (p. xv, 216). Jossey-Bass.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : Une recension des écrits* (p. 85). http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/projet_crp_rapport_v1_final.pdf
- Hofstetter, K., Beganovic, L., & Rodriguez da Rocha, G. (2015). *L'engagement de l'infirmière dans le respect des choix des personnes confrontées au cancer du poumon : Travail de Bachelor*. <http://doc.rero.ch/record/257706>
- Holton, J. A. (2010). The Coding Process and Its Challenges | Grounded Theory Review. *Grounded Theory Review*, 09(1), 265–289. <https://doi.org/10.4135/9781848607941.n13>
- Hunt, M. R., & Carnevale, F. A. (2011). Moral experience : A framework for bioethics research. *Journal of Medical Ethics*, 37(11), 658-662. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039008>
- Ijadunola, M. Y., Olotu, E. A., Oyedun, O. O., Eferakeya, S. O., Ilesanmi, F. I., Fagbemi, A. T., & Fasae, O. C. (2019). Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care : Findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>

- Institut National de la Statistique, Ministère du Plan, & Fond des Nations Unies pour l'Enfance. (2010). *Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples 2010 (MICS)*. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1313>
- Kambala, C., Lohmann, J., Mazalale, J., Brenner, S., De Allegri, M., Muula, A. S., & Sarker, M. (2015). How do Malawian women rate the quality of maternal and newborn care? Experiences and perceptions of women in the central and southern regions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 169. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0560-x>
- Kifle, M. M., Ghirmai, F. A., Berhe, S. A., Tesfay, W. S., Weldegebriel, Y. T., & Gebrehiwet, Z. T. (2017). *Predictors of Women's Satisfaction with Hospital-Based Intrapartum Care in Asmara Public Hospitals, Eritrea* [Research Article]. *Obstetrics and Gynecology International*; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2017/3717408>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research : Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough : Out-of-pocket payments for « free » delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 13(12), 1442-1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x>
- Kruk, M. E., Vail, D., Austin-Evelyn, K., Atuyambe, L., Greeson, D., Grépin, K. A., Kibira, S. P. S., Macwan'gi, M., Masvawure, T. B., Rabkin, M., Sacks, E., Simbaya, J., & Galea, S. (2016). Evaluation Of A Maternal Health Program In Uganda And Zambia Finds Mixed Results On Quality Of Care And Satisfaction. *Health Affairs*, 35(3), 510-519. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0902>
- Kruk, M., Kelley, E., Syed, S. B., Tarp, F., Addison, T., & Akachi, Y. (2017). Measuring quality of health-care services : What is known and where are the gaps? *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 389-389A. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.195099>
- Laganá, K. (2003). Come bien, camina y no se preocupe--eat right, walk, and do not worry : Selective biculturalism during pregnancy in a Mexican American community. *Journal of*

- Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 14(2), 117-124.
<https://doi.org/10.1177/1043659602250629>
- Lakew, S., Ankala, A., & Jemal, F. (2018). Determinants of client satisfaction to skilled antenatal care services at Southwest of Ethiopia : A cross-sectional facility based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 479. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2121-6>
- Larson, E., Hermosilla, S., Kimweri, A., Mbaruku, G. M., & Kruk, M. E. (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania : A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 483. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-483>
- Lee, T.-Y., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y.-C., & Li, C.-C. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services : Chinese women's perspectives. *BMC Health Services Research*, 14, 114. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-114>
- Lewis, L., Hauck, Y. L., Ronchi, F., Crichton, C., & Waller, L. (2016). Gaining insight into how women conceptualize satisfaction : Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0759-x>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.
file:///C:/Users/CHRYST~1/AppData/Local/Temp/jan_natinquiry10FIN.pdf
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. ERPI.
- Lori, J. R., Munro-Kramer, M. L., Shifman, J., Amarah, P. N. M., & Williams, G. (2017). Patient Satisfaction With Maternity Waiting Homes in Liberia : A Case Study During the Ebola Outbreak. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 163-171. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12600>
- Lumley, J. (1985). Assessing satisfaction with childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 12(3), 141-145. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1985.tb00952.x>

- Mahiti, G. R., Mkoka, D. A., Kiwara, A. D., Mbekenga, C. K., Hurtig, A.-K., & Goicolea, I. (2015). Women's perceptions of antenatal, delivery, and postpartum services in rural Tanzania. *Global Health Action*, 8. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.28567>
- Mahmoud, A. G., & Berggren, V. (2011). Parturient Needs during Labor : Egyptian Women's Perspective toward Childbirth Experience, a Step toward an Excellence in Clinical Practice. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 1(12), 2935-2943.
- Marama, T., Bayu, H., Merga, M., & Binu, W. (2018). *Patient Satisfaction and Associated Factors among Clients Admitted to Obstetrics and Gynecology Wards of Public Hospitals in Mekelle Town, Ethiopia : An Institution-Based Cross-Sectional Study* [Research Article]. *Obstetrics and Gynecology International; Hindawi*. <https://doi.org/10.1155/2018/2475059>
- Mehata, S., Paudel, Y. R., Dariang, M., Aryal, K. K., Paudel, S., Mehta, R., King, S., & Barnett, S. (2017). Factors determining satisfaction among facility-based maternity clients in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1532-0>
- Mekonnen, M. E., Yalew, W. A., & Anteneh, Z. A. (2015). Women's satisfaction with childbirth care in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city, Northwest Ethiopia, 2014 : Cross sectional study. *BMC Research Notes*, 8. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1494-0>
- Melese, T., Gebrehiwot, Y., Bisetegnè, D., & Habte, D. (2014). Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. *The Pan African Medical Journal*, 17, 76. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.76.3189>
- Ministère de la santé publique. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : Vers la couverture sanitaire universelle* (p. 97). https://www.resilientinstitutionsafrica.org/sites/default/files/2018-09/%5BDRC%5D%20PNDS_2016-2020.pdf
- Ministère de la Santé Publique. (2017a). *Situation de l'offre, utilisation et qualité des services et soins de santé de la femme, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans la circonscription de la Tshangu*.

- Ministère de la Santé Publique. (2017b). *Cadre d'investissement pour la Santé Reproductive, Maternelle, du Nouveau-Né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle en République Démocratique du Congo* (p. 73). <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/cadre-d%E2%80%99investissement-pour-la-sant%C3%A9-reproductive-maternelle-du-nouveau-n%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-l>
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, & Ministère de la Santé Publique. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)* (p. 678). <https://www.unicef.org/drcongo/media/1046/file/EDS-RDC%20II%202013-2014.pdf>
- Mocumbi, S., Högberg, U., Lampa, E., Sacoor, C., Valá, A., Bergström, A., von Dadelszen, P., Munguambe, K., Hanson, C., Sevene, E., & CLIP working group. (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth : A cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6>
- Mohammad, K. I., Alafi, K. K., Mohammad, A. I., Gamble, J., & Creedy, D. (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review*, 61(2), 278-284. <https://doi.org/10.1111/inr.12102>
- Monazea, E. M. M., & Al-Attar, G. S. T. (2015). Quality of delivery care in Assiut University Hospital, Egypt : Mothers' satisfaction. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 90(2), 64-71. <https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000466380.29269.4b>
- Monti, E. J., & Tinggen, M. S. (1999). Multiple Paradigms of Nursing Science. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 64–80.
- Morgan, D. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>

- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2016). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research: *International Journal of Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing Research : A Qualitative Perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- Mutaganzwa, C., Wibecan, L., Iyer, H. S., Nahimana, E., Manzi, A., Biziyaremye, F., Nyishime, M., Nkikabahizi, F., Hirschhorn, L. R., & Magge, H. (2018). Advancing the health of women and newborns : Predictors of patient satisfaction among women attending antenatal and maternity care in rural Rwanda. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 30(10), 793-801. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy103>
- Ndirima, Z., Neuhaan, F., & Beiersmann, C. (2018). Listening to their voices : Understanding rural women's perceptions of good delivery care at the Mibilizi District Hospital in Rwanda. *BMC Women's Health*, 18(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0530-3>
- Okafor, I., Sekoni, A., Ezeiru, S., Ugboaja, J., & Inem, V. (2014). Orthodox versus unorthodox care : A qualitative study on where rural women seek healthcare during pregnancy and childbirth in Southwest, Nigeria. *Malawi Medical Journal*, 26(2), 45-49.
- Okedo-Alex, I. N., Akamike, I. C., Ezeanosike, O. B., & Uneke, C. J. (2019). Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa : A systematic review. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031890>
- Okonofua, F., Ogu, R., Agholor, K., Okike, O., Abdus-salam, R., Gana, M., Randawa, A., Abe, E., Durodola, A., & Galadanci, H. (2017). Qualitative assessment of women's satisfaction with maternal health care in referral hospitals in Nigeria. *Reproductive Health*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0305-6>
- Okumu, C., & Oyugi, B. (2018). Clients' satisfaction with quality of childbirth services : A comparative study between public and private facilities in Limuru Sub-County, Kiambu, Kenya. *PloS One*, 13(3), e0193593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193593>

- Onah, H. E., Ikeako, L. C., & Iloabachie, G. C. (2006). Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Social Science & Medicine*, 63, 1870-1878. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.019>
- Onyeajam, D. J., Xirasagar, S., Khan, M. M., Hardin, J. W., & Odutolu, O. (2018). Antenatal care satisfaction in a developing country : A cross-sectional study from Nigeria. *BMC Public Health*, 18(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5285-0>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015a). *Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base* (WHO/HIS/HSI/2015.3). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204687>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015b). *WHO | Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* (p. 84). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Mortalité maternelle*. Genève. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Oyugi, B., Kioko, U., Kaboro, S. M., Okumu, C., Ogola-Munene, S., Kalsi, S., Thiani, S., Gikonyo, S., Korir, J., Baltazar, B., & Ranji, M. (2018). A facility-based study of women' satisfaction and perceived quality of reproductive and maternal health services in the Kenya output-based approach voucher program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1940-9>
- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Presse de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/produit/l-humain-en-devenir-nouvelle-approche-du-soin-et-de-la-qualite-de-vie>

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications.
- Paudel, Y. R., Mehata, S., Paudel, D., Dariang, M., Aryal, K. K., Poudel, P., King, S., & Barnett, S. (2015). *Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization* [Research Article]. *International Journal of Reproductive Medicine; Hindawi*. <https://doi.org/10.1155/2015/783050>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers, N° 81(2)*, 21-27. <https://doi.org/doi:10.3917/rsi.081.0021>.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *ANS. Advances in Nursing Science, 8(3)*, 27-37. <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction : A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine, 45(12)*, 1829-1843. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7)
- Solnes Miltenburg, A., Kiritta, R. F., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Quality of care during childbirth in Tanzania : Identification of areas that need improvement. *Reproductive Health, 15(1)*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0463-1>
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care : A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*, 97. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>
- Stal, K. B., Pallangyo, P., Elteren, M. van, Akker, T. van den, Roosmalen, J. van, & Nyamtema, A. (2015). Women's perceptions of the quality of emergency obstetric care in a referral hospital in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health, 20(7)*, 934-940. <https://doi.org/10.1111/tmi.12496>
- Tancred, T., Schellenberg, J., & Marchant, T. (2016). Using mixed methods to evaluate perceived quality of care in southern Tanzania. *International Journal for Quality in Health Care:*

Journal of the International Society for Quality in Health Care, 28(2), 233-239.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw002>

Tesfaye, R., Worku, A., Godana, W., & Lindtjorn, B. (2016). *Client Satisfaction with Delivery Care Service and Associated Factors in the Public Health Facilities of Gamo Gofa Zone, Southwest Ethiopia : In a Resource Limited Setting* [Research Article]. *Obstetrics and Gynecology International*; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2016/5798068>

Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—The WHO vision. *Bjog*, 122(8), 1045-1049.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

Upul, S., Dulitha, N. F., & Ishani, R. (2006). Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health*, 11(9), 1442–1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01698.x>

USAID, & Health communication capacity collaborative. (2016). *Changer le comportement des agents de santé communautaires et des prestataires des centres de santé* (p. 181). <https://sbccimplementationkits.org/wp-content/uploads/2017/07/PBCC-I-Kits-FR-062117-btd.pdf>

Van Manen, M. (1984). « *Doing* » *Phenomenological Research and Writing : An Introduction*. University of Alberta, Department of Secondary Education.

Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience : Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. The Althouse Press. <https://doi.org/10.4324/9781315421056>

van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations : « What is, must still be best ». *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(2), 75-82. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00224.x>

Waldenström, U., & Rudman, A. (2008). Satisfaction with maternity care : How to measure and what to do. *Women's Health (London, England)*, 4(3), 211-214.
<https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.211>

- Wojnar, D. M. (2015). Perinatal experiences of Somali couples in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 44(3), 358-369.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12574>
- Yesuf, E. A., Kerie, M. W., & Calderon-Margalit, R. (2014). Birth in a Health Facility –Inequalities among the Ethiopian Women : Results from Repeated National Surveys. *PLoS ONE*, 9(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095439>

Annexes

Annexe 1. Formulaire d'information et de consentement pour entretien approfondi

Sujet : Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins obstétricaux reçus ?

Étudiant-chercheur : **Chrystelle Mpembele Kimbembé**
Étudiante à la maîtrise en Santé Publique, option Générale
École de Santé Publique – Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal
Téléphone : +1 xxxxxxxxxxxxx
Courriel : xxxxxxxxxxxxx

Sous la direction de : **Marie Hatem**
Professeure titulaire
École de Santé Publique – Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal
Téléphone : +1 xxxxxxxxxxxxx
Courriel : xxxxxxxxxxxxx

Ce projet est financé par : le Programme Canadien de Bourses de la Francophonie (PCBF)

Référence CERSES : -

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche qui vise à vous écouter partager avec nous votre expérience relative aux soins reçus lors des accouchements dans les établissements de soins de la zone de santé de N'djili. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour mieux comprendre ce document. Vous pouvez aussi choisir que je vous le lise et vous pouvez me poser des questions sur des points moins bien compris dans ma lecture.

Pourquoi menons-nous cette recherche ?

Je suis médecin, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal au Canada. Nous menons une étude pour évaluer les attentes des femmes et leur degré de satisfaction ainsi que la qualité des soins dispensés dans des établissements sanitaires de votre zone de santé. Les résultats seront utilisés pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par une meilleure compréhension des attentes des femmes de votre milieu à l'endroit de ces services.

Procédure

Nous comptons avoir un échange avec vous individuellement. La discussion / l'échange portera sur votre expérience dans cette formation sanitaire en lien avec :

- L'environnement hospitalier, le financement et la disponibilité des médicaments et équipement médical.
- Les aspects interpersonnels des soins (relations avec le personnel soignant), les aspects techniques des soins (les soins en soi qui vous sont donnés), les aspects psychologiques (vous mettre à l'aise ou pas) et les aspects informationnels (l'information que vous recevez)

La discussion devrait prendre environ 45-60 minutes. Elle sera enregistrée si vous nous en donner la permission.

Risques

Vos réponses seront transcrites en verbatims (textes), analysées par l'équipe de recherche et les résultats seront rendus disponibles, à vous si vous êtes intéressée mais aussi aux personnes concernées par l'amélioration des soins dans votre milieu. Votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport final. L'équipe de recherche se chargera de le remplacer par un pseudonyme ou un identifiant alphanumérique pour faire en sorte que vous ne soyez pas identifiée au contenu de votre entrevue ni aux données qui vous concernent. Les données seront donc dépersonnalisées. Je serai la seule à vous reconnaître pour vous avoir rencontrée mais quand j'écouterai notre échange, votre nom ne sera plus associé à l'enregistrement. Les données seront conservées pendant 7 ans.

Avantages liés à votre participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera pas d'avantages directs. Par contre, vous contribuerez à l'amélioration de la qualité des soins et à la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et celle des nouveau-nés dans notre communauté.

Compensations financières

Vos frais de déplacement pour participer à l'étude vous seront remboursés. De plus, nous avons prévu de petites surprises telles que des ensembles de grenouillères pour vos nouveau-nés pour vous exprimer nos remerciements.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche et droits des participantes

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Chrystelle Mpembele Kimbembé, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Montréal au +1 xxxxxxxxxxxx ou par courriel : cxxxxxxxxxxxxx.

Pour toute préoccupation au sujet de vos droits ou des responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

- Le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) :

Courriel : cxxxxxxxxxxxxx

Téléphone au +1 xxxxxxxxxxxx

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

- Le président du comité d'éthique de l'école de santé publique de l'université de Kinshasa :

Courriel : pxxxxxxxxxxxxxxxxx

Téléphone au +243 xxxxxxxx

Site Web : eskinshasa.net

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'Ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone xxxxxxxxxx ou à l'adresse courriel oxxxxxxxxxxx. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(Caractères d'imprimerie)

Signature ou empreinte digitale du participant

Date :

Prénom et nom du témoin
(Caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(Caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Annexe 2. Formulaires d'information et de consentement pour Groupe de discussion

Sujet : Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins obstétricaux reçus ?

Étudiant-chercheur :

Chrystelle Mpembele Kimbembé

Étudiante à la maîtrise en Santé Publique, option Générale

École de Santé Publique – Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal

Téléphone : +1 xxxxxxxxxxxx

Courriel : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Sous la direction de :

Marie Hatem

Professeure titulaire

École de Santé Publique – Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal

Téléphone : +1 xxxxxxxxxxxxxx

Courriel : xxxxxxxxxx

Ce projet est financé par : le Programme Canadien de Bourses de la Francophonie (PCBF)

Référence CERSES : -

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche qui vise à vous écouter partager avec nous votre expérience relative aux soins reçus lors des accouchements dans les établissements de soins de la zone de santé de N'djili. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour mieux comprendre ce document. Vous pouvez aussi choisir que je vous le lise et vous pouvez me poser des questions sur des points moins bien compris dans ma lecture.

Pourquoi menons-nous cette recherche ?

Je suis médecin, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal au Canada. Nous menons une étude pour évaluer les attentes des femmes et leur degré de satisfaction ainsi que la qualité des soins dispensés dans des établissements sanitaires de votre zone de santé. Les résultats seront utilisés pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par une meilleure compréhension des attentes des femmes de votre milieu à l'endroit de ces services.

Procédure

Nous comptons avoir un échange avec vous, en groupe, avec d'autres femmes qui comme vous ont déjà donné naissance à un ou des enfants ou avec d'autres femmes qui comptent en avoir un jour dans les établissements de la zone. La discussion / l'échange portera sur votre expérience dans cette formation sanitaire en lien avec :

- L'environnement hospitalier, le financement et la disponibilité des médicaments et équipement médical.
- Les aspects interpersonnels des soins (relations avec le personnel soignant), les aspects techniques des soins (les soins en soi qui vous sont donnés), les aspects psychologiques (vous mettre à l'aise ou pas) et les aspects informationnels (l'information que vous recevez)

La discussion devrait durer entre 1h00 et 1h30 et sera enregistrée.

Risques

Vos réponses seront transcrites en verbatims (textes), analysées par l'équipe de recherche et les résultats seront rendus disponibles, à vous si vous êtes intéressée mais aussi aux personnes concernées par l'amélioration des soins dans votre milieu. Votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport final. L'équipe de recherche se chargera de le remplacer par un pseudonyme ou un identifiant alphanumérique pour faire en sorte que vous ne soyez pas identifiée au contenu de votre entrevue ni aux données qui vous concernent. Les données seront donc dépersonnalisées. Toute l'équipe de recherche ainsi que toutes les autres participantes seront tenues au secret pour toutes les informations recueillies au cours de l'étude. Je serai la seule à vous reconnaître pour vous avoir rencontrée mais quand j'écouterai notre échange, votre nom ne sera plus associé à l'enregistrement. Les données seront conservées pendant 7 ans.

Avantages liés à votre participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera pas d'avantages directs. Par contre, vous contribuerez à l'amélioration de la qualité des soins et à la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et celle des nouveau-nés dans notre communauté.

Compensations financières

Vos frais de déplacement pour participer à l'étude vous seront remboursés. De plus, nous avons prévu de petites surprises telles que des ensembles des grenouillères pour vos nouveau-nés pour vous exprimer nos remerciements.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. Cependant, nous ne pouvons pas effacer vos propos recueillis avant le retrait. Ceux-ci seront alors intégrés dans l'analyse des données.

Responsabilité de l'équipe de recherche et droits des participantes

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Chrystelle Mpembele Kimbembé, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Montréal au +1 xxxxxxxxxxxx ou par courriel : cxxxxxxxxxxx.

Pour toute préoccupation au sujet de vos droits ou des responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

- Le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) :

Courriel : cxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Téléphone au +1 xxxxxxxxxxxxxx

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

- Le président du comité d'éthique de l'école de santé publique de l'université de Kinshasa :

Courriel : pxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Téléphone au +243 xxxxxxxxxxxxxx

Site Web : espkinshasa.net

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'Ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone xxxxxxxxxxxx ou à l'adresse courriel oxxxxxxxxxxxxxxxxx. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de

Prénom et nom du participant
(Caractères d'imprimerie)

Signature ou empreinte digitale du participant

Date :

Prénom et nom du témoin
(Caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(Caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Annexe 3. Guide d’entretien approfondi pour les femmes nouvellement accouchées

Titre de l’étude : Les mères de la Zone de Santé de N’Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins obstétricaux reçus ?

Informations générales

No.	Questions	Réponses
01	Aire de santé	
02	Nom de la formation sanitaire	
03	Type de formation sanitaire	
04	Date de l’entrevue	
05	Heure de début de l’entrevue	
06	Consentement éclairé obtenu	1. Oui 2. Non
07	Résultat de l’entrevue	1. 1. Complètement achevée 2. 2. Partiellement achevée 3. 3. Refus de la cliente
08	Heure de fin d’entrevue	4.

Section 1. Organisation des services de soins de santé maternelle

J’aimerais vous posez quelques questions sur votre dernière grossesse. N’hésitez pas à m’interrompre si vous ne comprenez pas une des questions ou pour toute autre question. Je vais vous redemander la permission d’enregistrer cette partie de la discussion. Pouvons-nous commencer notre discussion ?

1. Pouvez-vous me parler de votre histoire, ce qui vous a conduit à consulter dans l’établissement en question ?

Fouilles :

- A quel moment de votre grossesse avez-vous décidé de consulter ? pourquoi ?
 - Était-ce votre première fois de consulter dans cet établissement ? Pourquoi ce choix ?
 - Qui a décidé que vous irez consulter ce type d'établissement ?
 - Combien de visites prénatales avez-vous eu durant cette grossesse ? Pourquoi ?
2. Pouvez-vous me parler de votre dernier accouchement ?
- Fouilles :
- Avez-vous accouché dans le même établissement où vous avez été suivie durant la grossesse ??
 - Si la structure sanitaire est différente de celle d'où elle a suivi les CPN : Quelles sont les raisons de votre changement d'établissement ? Cette structure est-elle différente de la structure où vous avez suivi les CPN ? qu'avez-vous le plus apprécié/ou moins apprécié dans cette structure par rapport à la précédente. ?
3. Pouvez-vous nous parler de l'accueil
- a. Lors de vos différentes consultations prénatales ?
 - b. Lors de votre accouchement ?

Fouilles :

- Le personnel est-il accueillant ?
 - Que pensez-vous du temps passé avant d'être reçue par les prestataires de soins ? Ce délai d'attente a-t-il une répercussion sur votre vie personnelle ou lucrative ? Si oui, Comment ?
 - Que pensez-vous de la salle d'attente ? est-elle assez grande pour recevoir toutes les femmes qui viennent en consultation ? Pour l'accouchement, y avait-il d'autres femmes que vous qui attendaient aussi ?
 - Que pensez-vous de l'accueil accordé à votre nouveau-né lors de sa naissance ?
4. Que pensez-vous de la propreté des établissements (pré et prénatal) ? Pouvez-vous nous donner des détails sur ce que vous avez constaté, ou des exemples concrets en lien :
- a. Avec vos consultations prénatales ?
 - b. Avec votre accouchement ?

Fouilles :

- Propreté de la salle d'attente, de la salle d'examen, des toilettes, de la salle de travail et d'accouchement ?
- Savez-vous si cet établissement a un service d'entretien ménager ?

Maintenant nous allons parler du déroulement des soins, vos relations avec le personnel soignant :

5. Pouvez-vous nous parler du personnel soignant dans cet établissement, de son attitude à votre égard
 - a. Lors de vos différentes rencontres prénatales ?
 - b. Lors de votre accouchement ?

Fouilles :

- Types de prestataires et leurs rôles
 - Le prestataire vous a-t-il accordé suffisamment de temps ? vous a-t-il donné suffisamment d'informations sur votre état de santé ? vous a-t-il traité avec respect et dignité ?
 - Y avait-il plusieurs personnels autour de vous lors de l'accouchement ? Si oui, que pensez-vous à leur endroit ? Qui s'occupait de vous ? que faisaient les autres ?
6. Toujours par rapport au personnel de santé de cet établissement, pensez-vous qu'ils sont compétents ? Pourquoi ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de vos différentes rencontres qui vous ont fait penser que le personnel est compétent (ou non) ?
 7. Est-ce que votre intimité est préservée lors de vos échanges ? Lors de votre examen ? lors de votre accouchement ? Décrivez avec quelques détails et exemples.
 8. Que pensez-vous de la disponibilité des médicaments et du matériel médical dans cet établissement ?
 9. Quelle est votre opinion sur l'accessibilité de cet établissement ?

Fouilles :

- Distance entre votre domicile et cet établissement de santé
 - Coûts de différents services et médicaments
10. En général comment qualifiez-vous votre satisfaction du milieu, du personnel, des soins ?

11. Recommanderiez-vous cet établissement à votre jeune sœur (éventuellement), à une amie, une voisine ? Pourquoi ?

Nous sommes à la fin de notre discussion, y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés mais dont vous aimeriez discuter ?

Je vais encore solliciter un peu de votre temps pour faire meilleure connaissance avec vous et ce, non reliée à votre nom.

Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de la cliente

Participantes	Âge au dernier anniversaire	Le plus haut niveau scolaire	Situation matrimoniale	Principale occupation lucrative	En moyenne, combien gagnez-vous par mois suite à votre occupation lucrative	Combien de fois avez-vous donné naissance	Toutes ces naissances étaient-elles des naissances vivantes ?	Quel était le mode d'accouchement lors de votre dernier accouchement ?	Avez-vous eu des complications au cours de votre dernier accouchement ?
Modalités de réponse		1. Aucune 2. Primaire Post-primaire / Technique 4. Secondaire 5. Supérieur/ Universitaire	1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée / séparée 4. Veuve					1. Voie basse 2. Césarienne 3. Forceps/ ventouse	1. Oui 2. Non Si oui, lesquelles ?
1.									
2.									

Je vous remercie de votre participation.

Annexe 4. Guide de discussion pour les anciennes accouchées

Titre de l'étude : Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins obstétricaux reçus ?

Guide de discussion pour les anciennes accouchées
--

Date de la discussion			
Heure de début			
Nom de l'animateur			
Nom du preneur de notes			
Lieu où se tient la discussion			
Catégorie participante			
Nombre de participants si focus group		_____	
Participantes	Noms	Prénom	Établissement-s visité-s
	1.		
	2.		
Heure de la fin			
Résultat		1. discussion achevée	
		2. discussion interrompue	

INTRODUCTION

Bonjour ! Soyez les bienvenues dans notre groupe de discussion

Merci d'avoir répondu à notre invitation, de disposer de votre temps pour participer à cette discussion qui tournera autour de votre expérience par rapport aux soins reçus durant votre dernière grossesse quand vous vous êtes adressée au centre de santé ou à la clinique de l'hôpital. Puisque vous avez donné l'autorisation d'enregistrer notre rencontre, l'enregistrement va débuter sur le champ à moins que vous ayez une question ou une demande particulière avant de débuter. Par ailleurs, vous avez le droit de vous retirer de la discussion à tout moment.

Mon nom est _____. Je serais l'animatrice/modératrice de cette session. Je suis assistée par _____, qui a la charge de prendre notes.

La valeur de votre expérience lors de votre/ de vos accouchements vécus jusque-là nous sera d'une grande importance parce que cela pourra aider à relever les aspects des soins qui vous sont satisfaisants et ceux qui ne le sont pas.

Notre discussion sera interactive et se veut de vous encourager chacune d'entre vous à participer et à réagir pour donner votre point de vue. Cependant la modératrice, que je suis, se garde le rôle de vous donner la parole ou de vous interrompre si besoin est pour permettre de respecter l'opinion et le droit de parole de chacune d'entre vous. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne sera cité aucunement.

Nous vous demandons de bien vouloir respecter les avis ou exemples privés des unes des autres et de ne pas partager au retour à leur maison.

Avez-vous une question avant de commencer ?

Nous allons faire le tour de ronde, chacune va se présenter en mentionnant son nom.

Questions

1. Pouvez-vous me parler de votre histoire, ce qui vous a conduit à fréquenter le ou les établissements en question ? lors de vos consultations prénatales et accouchement-s précédent-s

Fouilles :

- A quel moment de votre grossesse décidiez-vous de consulter ? pourquoi ?
- Combien de fois avez-vous eu des consultations dans chacun des établissements fréquentés ? Pourquoi ce choix ?
- Qui a décidé que vous irez consulter tel ou tel type d'établissement ?
- Combien de visites prénatales avez-vous pu avoir lors de chacune de vos grossesses ? Pourquoi ?

2. Pouvez-vous me parler de votre dernier accouchement ?

Fouilles :

- Avez-vous accouché dans le même établissement où vous avez été suivie durant la grossesse ??
- Si la structure sanitaire est différente de celle d'où elle a suivi les CPN : Quelles sont les raisons de votre changement d'établissement ? Cette structure est-elle différente de la structure où vous avez suivi les CPN ? qu'avez-vous le plus apprécié/ou moins apprécié dans cette structure par rapport à la précédente. ?

3. Pouvez-vous nous parler de l'accueil

- a. Lors de vos différentes consultations prénatales ?
- b. Lors de votre accouchement ?
- c. Lors de vos consultations postnatales ?

Fouilles :

- Le personnel est-il accueillant ?
- Que pensez-vous du temps passé avant d'être reçue par les prestataires de soins ? Ce délai d'attente a-t-il une répercussion sur votre vie personnelle ou lucrative ? Si oui, Comment ?

- Que pensez-vous de la salle d'attente ? est-elle assez grande pour recevoir toutes les femmes qui viennent en consultation ? Pour l'accouchement, y avait-il d'autres femmes que vous qui attendaient aussi ?
 - Que pensez-vous de l'accueil accordé à votre nouveau-né lors de sa naissance ?
4. Que pensez-vous de la propreté des établissements (pré et prénatal) ? Pouvez-vous nous donner des détails sur ce que vous avez constaté, ou des exemples concrets en lien :
- a. Avec vos consultations prénatales ?
 - b. Avec votre accouchement ?
 - c. Lors de vos consultations postnatales ?

Fouilles :

- Propreté de la salle d'attente, de la salle d'examen, des toilettes, de la salle de travail et d'accouchement ?
- Savez-vous si cet établissement a un service d'entretien ménager ?

Maintenant nous allons parler du déroulement des soins, vos relations avec le personnel soignant :

5. Pouvez-vous nous parler du personnel soignant dans cet établissement, de son attitude à votre égard
- a. Lors de vos différentes rencontres prénatales ?
 - b. Lors de votre accouchement ?
 - c. Lors de vos consultations postnatales ?

Fouilles :

- Types de prestataires et leurs rôles
- Le prestataire vous a-t-il accordé suffisamment de temps ? vous a-t-il donné suffisamment d'informations sur votre état de santé ? vous a-t-il traité avec respect et dignité ?
- Y avait-il plusieurs personnels autour de vous lors de l'accouchement ? Si oui, que pensez-vous à leur endroit ? Qui s'occupait de vous ? que faisaient les autres ?

6. Toujours par rapport au personnel de santé de cet établissement, pensez-vous qu'ils sont compétents ? Pourquoi ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de vos différentes rencontres qui vous ont fait penser que le personnel est compétent (ou non) ?
7. Est-ce que votre intimité est préservée lors de vos échanges ? Lors de votre examen ? lors de votre accouchement ? Décrivez avec quelques détails et exemples.
8. Que pensez-vous de la disponibilité des médicaments et du matériel médical dans cet établissement ?
9. Quelle est votre opinion sur l'accessibilité de cet établissement ?

Fouilles :

- Distance entre votre domicile et cet établissement de santé
 - Coûts de différents services et médicaments
10. En général comment qualifiez-vous votre satisfaction du milieu, du personnel, des soins ?
 11. Recommanderiez-vous cet établissement à votre jeune sœur (éventuellement), à une amie, une voisine ? Pourquoi ?

Nous sommes à la fin de notre discussion, y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés mais dont vous aimeriez discuter ?

Je vous remercie de votre participation !

Annexe 5. Guide de discussion pour les femmes enceintes

Titre de l'étude : Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins obstétricaux reçus ?

Guide de discussion pour les femmes enceintes
--

Date de la discussion		
Heure de début		
Nom de l'animateur		
Nom du preneur de notes		
Lieu où se tient la discussion		
Catégorie participante		
Nombre de participants si focus group	_____	
Participant	Noms	Prénom
	1.	
	2.	
	3.	
Heure de la fin		
Résultat	1. discussion achevée	
	2. discussion interrompue	

INTRODUCTION

Bonjour ! Soyez les bienvenues dans notre groupe de discussion

Merci d'avoir répondu à notre invitation, de disposer de votre temps pour participer à cette discussion qui tournera autour de votre expérience par rapport aux soins reçus durant votre grossesse quand vous vous êtes adressée au centre de santé ou à la clinique de l'hôpital.

Puisque vous avez donné l'autorisation d'enregistrer notre rencontre, l'enregistrement va débuter sur le champ à moins que vous ayez une question ou une demande particulière avant de débuter. Par ailleurs, vous avez le droit de vous retirer de la discussion à tout moment.

Mon nom est _____. Je serais l'animatrice/modératrice de cette session. Je suis assistée par _____, qui a la charge de prendre notes.

Étant femme enceinte, la valeur de votre expérience nous sera d'une grande importance parce que cela pourra aider à relever les aspects des soins qui vous sont satisfaisants et ceux qui ne le sont pas.

Notre discussion sera interactive et se veut vous encourager toutes à participer et à réagir pour donner votre point de vue. Cependant la modératrice, que je suis, se garde le rôle de vous donner la parole ou de vous interrompre si besoin est pour permettre d'appliquer le principe du respect de l'opinion et du droit de parole de chacune d'entre vous. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne sera cité aucunement.

Nous demanderons à tous de respecter les avis ou exemples privés des unes des autres et de ne pas partager au retour à leur maison.

Avez-vous une question avant de commencer ?

Nous allons faire le tour de ronde, chacune va se présenter en mentionnant son nom.

Questions

1. Pouvez-vous me parler de votre histoire, ce qui vous a conduit à consulter l'établissement en question ?

Fouilles :

- A quel moment de votre grossesse avez-vous décidé de consulter ? pourquoi ?
- Était-ce votre première fois de consulter cet établissement ? Pourquoi ce choix ?
- Qui a décidé que vous irez consulter ce type d'établissement ?
- Combien de visites prénatales comptez-vous avoir durant cette grossesse ? Pourquoi ?

2. Pouvez-vous nous parler de l'accueil lors de vos différentes consultations ?

Fouilles :

- Le personnel est-il accueillant ?
- Que pensez-vous du temps passé avant d'être reçue par les prestataires de soins ? Ce délai d'attente a-t-il une répercussion sur votre vie personnelle ou lucrative ? Si oui, Comment ?
- Que pensez-vous de la salle d'attente ? est-elle assez grande pour recevoir toutes les femmes qui viennent en consultation ?

3. Que pensez-vous de la propreté de cet établissement ? Pouvez-vous nous donner des détails sur ce que vous avez constaté, ou des exemples concrets en lien avec vos consultations ?

Fouilles :

- Propreté de la salle d'attente, de la salle d'examen, des toilettes ?
- Savez-vous si cet établissement a un service d'entretien ménager ?

Maintenant nous allons parler du déroulement des soins, vos relations avec le personnel soignant :

4. Pouvez-vous nous parler du personnel soignant dans cet établissement, de leur attitude à votre égard lors de vos différentes rencontres ?

Fouilles :

- Types de prestataires et leurs rôles

- Le prestataire vous a-t-il accordé suffisamment de temps ? vous a-t-il donné suffisamment d'informations sur votre état de santé ? vous a-t-il traité avec respect et dignité ?
5. Toujours par rapport au personnel de santé de cet établissement, pensez-vous qu'ils sont compétents ? Pourquoi ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets de vos différentes rencontres qui vous ont fait penser que le personnel est compétent (ou non) ?
 6. Est-ce que votre intimité est préservée lors de vos échanges ? Lors de votre examen ? Décrivez avec quelques détails et exemples.
 7. Que pensez-vous de la disponibilité des médicaments et du matériel médical dans cet établissement ?
 8. Quelle est votre opinion sur l'accessibilité de cet établissement ?

Fouilles :

- Distance entre votre domicile et cet établissement de santé
 - Coûts de différents services et médicaments
9. En général comment qualifiez-vous votre satisfaction du milieu, du personnel, des soins ?
 10. Recommanderiez-vous cet établissement à votre jeune sœur (éventuellement), à une amie, une voisine ? Pourquoi ?
 11. Quels sont les échos partagés dans votre communauté au sujet des soins reçus dans cet établissement durant la grossesse ?

Nous sommes à la fin de notre discussion, y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés mais dont vous aimeriez discuter ?

Je vous remercie de votre participation !

Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de la cliente pour groupe de discussion

Participant es	Âge au dernier anniversai re	Le plus haut niveau scolaire	Situation matrimoniale	Principal e occupati on lucrative	En moyenne, combien gagnez- vous par mois suite à votre occupation lucrati ve
Modalités de réponse		1. 1. Aucune 2. 2. Primaire 3. 3. Post- primaire/techniq ue 4. 4. Secondaire 5. 5. Supérieur/univers itaire	6. 1. Mariée 7. 2. Célibataire 8. 3. Divorcée/sép arée 4. Veuve		
1.					
2.					

Annexe 6. Fiche synthèse entrevue semi-dirigée

Projet	Les mères de la ZS de N'djili, en RDC, sont-elles satisfaites des soins maternels reçus ?
Pseudo de la participante	Sandrine
Interviewer	Chrystelle Kimbembé Mpembele
Date et heure de l'entrevue	Jeudi, 17 octobre 2019, à 11h00, heure de Kinshasa
Lieu de l'entrevue	Domicile de Sandrine
Durée de l'entrevue	26 minutes
Transcripteur	Chrystelle Kimbembé Mpembele
Date et heure de la fiche de synthèse	Jeudi, 17 octobre 2019, à 20h00 heure de kinshasa

Contexte de l'entrevue :

L'entrevue se déroule dans le domicile de Sandrine où elle doit s'occuper de ses autres enfants, faire la cuisine en même temps et participation du mari sur certains points.

Thèmes importants discutés lors de l'entretien :

Choix de HGR, accueil lors des CPN, prise en charge lors de CPN, qualification de prestataire dispo, nombre de CPN, début de CPN, accueil lors de l'accouchement, relation avec les prestataires, communication thérapeutique, déroulement de l'accouchement, perception des compétence, intimité, satisfaction globale, utilisation ultérieure, environnement de HGR

Résumé du discours de la participante :

Sandrine est une 4^e par qui a choisi HGR à cause du fait que c'est un grand hôpital c.-à-d. disponibilité et nombre suffisant de prestataires, disponibilité du matériel médical, disponibilité des prestataires qualifiés pour une césarienne. Il faut noter que Sandrine a eu son 3^e enfant par césarienne.

Elle a perçu un bon accueil lors des CPN et une bonne compétence des prestataires. Elle a rencontré les sages-femmes et les médecins et a réalisé deux fois l'échographie. Il n'a jamais été question d'une césarienne programmée lors de ses CPN. D'où sa surprise le jour de son

accouchement et son hésitation à l'accepter. Elle a donc fait face à l'impatience du médecin du jour, différent de son médecin habituel. Celui-ci l'a abandonné aux mains d'un jeune médecin qui a été contraint de faire la césarienne malgré son incompetence. Sandrine a connu une complication qui a failli lui coûter sa vie n'eut été l'intervention de son médecin habituel...

Catégories et sous catégories à prévoir lors de l'analyse :

Satisfaction globale, Aspects de satisfaction : bon accueil, disponibilité prestataire, qualification prestataire... Aspects d'insatisfaction : attitude malveillante, incompetence, frais informels...

Préoccupations/informations manquantes :

Commentaires personnels (états d'âme, impressions) :

Nouvelles questions pour les futures entrevues :